

Contribution à l'Etude
DES
DÉCHIRURES PROFONDES DU COL UTÉRIN
ET DE LEUR TRAITEMENT

THESE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 28 Août 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

MENTION « MÉDECINE »

PAR

PANTELIA YANKOVITCH

Né le 29 Juin 1900, à VRAGOTCHANITZA (Valjevo-Serbie)

Examineurs de la Thèse : { MM. A. FRUHINSHOLZ, professeur *Président.*
P. ANDRÉ, professeur..... }
H. ROBERT, professeur..... } *Juges.*
M. BARTHÉLEMY, agrégé.... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANCIENNE IMPRIMERIE VAGNER, RUE DU MANÈGE, 3

—
1927

FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITE DE NANCY

1926-1927

N° 370

Contribution à l'Etude

DES

DÉCHIRURES PROFONDES DU COL UTÉRIN
ET DE LEUR TRAITEMENT

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 28 Août 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

MENTION « MÉDECINE »

PAR

PANTELIA YANKOVITCH

Né le 29 Juin 1900, à VRAGOTCHANITZA (Valjevo-Serbie)

Examineurs de la Thèse : { MM. A. FRUHINSHOLZ, professeur *Président.*
P. ANDRÉ, professeur..... }
H. ROBERT, professeur..... } *Juges.*
M. BARTHÉLEMY, agrégé.... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

ANCIENNE IMPRIMERIE VAGNER, RUE DU MANÈGE, 3

1927

UNIVERSITÉ DE NANCY — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. L. SPILLMANN, *, I O.

Assesseur : M. E. SIMON, *, I O.

Doyen honoraire : M. F. GROSS, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, *, I O.; PRENANT, *, I O.;
F. GROSS, O *, I O.; HERRGOTT, O *, I O.; WEISS, O *, I O.;
BOUIN, O *, I O.; ANCEL, *, I O.; GARNIER, *, I O.

Professeurs

Clinique médicale.....	M. P. SIMON, *, I O.
Histoire naturelle médicale.....	M. P. VUILLEMIN, *, I O.
Médecine légale.....	M. P. PARISOT, O *, I O.
Anatomie pathologique.....	M. L. HOCHÉ, *, I O.
Clinique médicale.....	M. G. ETIENNE, *, I O.
Clinique chirurgicale.....	N.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, *, I O.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.....	M. R. FRIELICH, *, I O.
Physiologie.....	M. M. LAMBERT, *, I O.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHNSHOLZ, *, I O.
Histologie.....	M. R. COLLIN, *, I O.
Anatomie descriptive.....	M. M. LUCIEN, *, I O.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	M. P. JACQUES, *, I O.
Clinique de chirurgie urinaire.....	M. P. ANDRÉ, *, I O.
Clinique chirurgicale.....	M. G. MICHEL, *, I O.
Pathologie interne et clinique médicale propédeutique.....	M. L. RICHON, *, I O.
Physique.....	M. DUFOUR, *, I O.
Thérapeutique.....	M. M. PERRIN, *, I O.
Chimie médicale.....	M. H. ROBERT, I O.
Hygiène.....	M. J. PARISOT, O *, I O.
Histoire naturelle.....	M. G. THIRY, *, I O., Professeur s. chaire.
Physiologie.....	M. P. MATHIEU, I O., Professeur s. chaire.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies tuberculeuses (1)....	M. M. PERRIN, *, I O., professeur.
Clinique des maladies tuberculeuses (1)....	M. J. PARISOT, O *, I O., professeur.
Pathologie externe.....	M. A. BINET, I O., agrégé libre.
Clinique chirurgicale élémentaire (1).....	M. A. BINET, I O., agrégé libre.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, I O., agrégé.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, A O., agrégé.
Clinique des maladies contagieuses.....	M. DE LAVERGNE, *, I O., agrégé.
Cours d'hydrologie.....	M. M. PERRIN, *, I O., professeur.
Médecine opératoire.....	M. M. BARTHÉLEMY, *, I O., agrégé.
Electrothérapie et radiologie.....	M. G. LAMY, I O., agrégé.
Accouchements (Cours théorique).....	M. JOB, *, I O., agrégé.
Neurologie.....	M. CORNIL, I O., agrégé.
Pharmacologie.....	M. SANNIE, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. R. LALANNE, I O., docteur.
Education physique.....	M. L. MERKLEN, docteur.

Agrégés en exercice

M. L. JOB, *, I O.	M. LAMY, I O.	M. CORNIL, I O.
M. P. JEANDELIZE, A O.	M. MUTEL, *, I O.	M. DE LAVERGNE, *, A O.
M. L. CAUSSADE, I O.	M. WATRIN, *, I O.	M. SANNIE.
M. BARTHÉLEMY, *, I O.	M. HAMANT, I O.	M. SIMONIN, A O.

Agrégés libres

MM. G. GROSS, *, I O.; S. REMY, I O.; BUSQUET, I O.; BINET, I O.

M. A. PACAUD, I O., Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Elle fut trop tôt enlevée à notre affection, à la suite des souffrances endurées pendant l'invasion. Nous chérirons à toujours sa mémoire.

A MON PÈRE

Expression de profond respect et d'amour filial infini.

A MON FRÈRE

Je ne dirai rien de mon affection pour lui, par crainte de dire trop peu.

A MA BELLE-SŒUR

A MA SŒUR

A MES CHERS PETITS NEVEUX IVITZA ET BATA

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A LA MÉMOIRE
DE MON REGRETTÉ ET VÉNÉRÉ MAITRE
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. VAUTRIN

Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté de Nancy

Directeur du Centre Anti-Cancéreux de Lorraine

Chevalier de la Légion d'honneur

Nous sommes heureux de pouvoir dire publiquement la reconnaissance que nous lui devons, pour tout ce qu'il a fait pour nous. Il a bien voulu nous accepter, pendant deux ans, dans son service et guider nos premiers pas dans la chirurgie.

Nous déplorons sa mort brutale, qui l'enleva trop tôt à ses élèves et ne lui permit pas de diriger notre travail jusqu'à la fin.

Nous lui devons beaucoup, pour tous les encouragements et les conseils qu'il ne nous a pas ménagés. Nous ne saurons mieux le remercier, au cours de notre carrière médicale future, qu'en suivant le droit chemin qu'il nous a toujours montré.

Sa douceur envers les malades, son empressement à soulager la souffrance et la misère, et surtout son infinie attention pour les pauvres et les deshérités qui aboutissaient dans les lits de sa clinique, resteront à jamais gravés dans notre mémoire.

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRUHINSHOLZ

*Professeur de Clinique Obstétricale
Chevalier de la Légion d'honneur*

Témoignage de gratitude et de profonde reconnaissance pour avoir bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ

*Professeur de Clinique des Voies urinaires
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait d'être notre juge.

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROBERT

*Professeur de Chimie biologique
Chevalier de la Légion d'honneur*

En souvenir de ses leçons si claires et si instructives. Il nous réserva toujours le meilleur accueil.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ

BARTHÉLEMY

Chevalier de la Légion d'honneur

Témoignage de reconnaissance pour le bienveillant accueil qu'il nous a réservé dans son service pendant les vacances.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BRUNTZ

*Doyen de la Faculté de Pharmacie de Nancy
Président de la Ligue d'Enseignement
Chevalier de la Légion d'honneur*

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude, pour l'amical attachement qu'il professe à l'égard de notre chère Patrie, et sa collaboration active dans toutes les manifestations qui ont pour but de faire connaître davantage la Yougoslavie.

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce modeste travail, qui nous permet de terminer nos études médicales, nous tenons à remercier tous ceux qui nous ont porté de l'intérêt, depuis le jour où nous avons quitté notre Patrie.

Nos pensées vont tout d'abord vers ceux qui, pendant la guerre, nous ont recueilli après l'invasion de notre pays. Mais comment citer les noms de tant de généreux Français, car ils sont légion. Pour n'oublier personne, nous exprimerons notre plus profonde gratitude à tout ce peuple de France, à notre Patrie adoptive. Mais tout de même, il y a des noms qui doivent embellir ces pages et à travers lesquels se reflèteront la générosité et l'hospitalité de ce peuple que nous aimons tant.

Que M. et M^{me} Chailloux, de Cognac, trouvent ici l'expression de nos sentiments les plus dévoués. Pour adoucir nos chagrins d'orphelin, sans parents ni Patrie, avec quel empressement affectueux nous ont-ils reçu au sein de leur foyer, pendant toutes nos vacances. Ils ont tout fait pour nous faire supporter notre malheur et, au moyen de correspondance, ils ont fait presque le tour du monde pour obtenir des

nouvelles de notre pauvre mère, restée seule sous le joug ennemi.

Qu'ils soient assurés de notre éternelle reconnaissance. Nous ne les considérons pas autrement que nos parents.

Et notre pensée pleine de gratitude va ensuite vers M. Chauvin, également de Cognac. Qu'il sache que par notre voix parle tout ce groupe de Serbes pour lesquels il s'est tant dépensé, pendant tout notre séjour à l'école de Pons. Qu'il sache bien que « ses petits Serbes » ne l'oublient pas.

Enfin, merci à toute la population de la ville de Cognac, qui nous accueillit avec un empressement sans pareil.

Que M. et M^{me} Vernier, de l'Estaque, veuillent bien trouver ici le témoignage de nos vifs remerciements pour l'honneur qu'ils nous ont fait de nous recevoir dans leur famille.

Nous ne voudrions pas que M. et M^{me} Bornet, de Marnay, nous gardent rancune de les citer un peu tard ; nous savons qu'ils n'en sont pas capables, connaissant trop notre amitié pour eux. Pendant notre vie d'étudiant à Nancy et à toutes nos vacances, ils nous réclamaient pour que nous puissions nous reposer et goûter le plaisir de la vie familiale, dans cette pittoresque Franche-Comté, dont nous nous sentons être un peu originaire, tellement cette région nous est devenue familière. Ils savent combien nous les aimons et, pour les remercier de ce qu'ils ont fait pour nous, seul notre cœur peut leur exprimer.

Enfin, un grand merci à tous nos amis de Nancy

qui, pendant sept années de nos études, se trouvèrent à nos côtés pour nous rendre la vie plus agréable; mais ici ne pourront pas passer sous silence les noms de M. et M^{me} L. Meyer, dont la maison nous fut toujours si accueillante.

Que tous nos Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux reçoivent l'expression de notre vive reconnaissance.

Et, pour terminer, nous voulons encore citer trois camarades d'études et amis : Docteurs L. Engel, P. Ruyer et Steichen. Ils furent pour nous toujours sincères et dévoués. Qu'ils soient assurés une fois de plus de notre profonde amitié.

INTRODUCTION

Au cours de notre séjour dans le service de M. le Professeur VAUTRIN, nous avons eu l'occasion d'observer plusieurs cas de déchirures profondes du col. Notre attention fut attirée par les souffrances exagérées de ces femmes, qui venaient consulter et demander un soulagement par n'importe quel moyen.

Sous peu de temps, nous avons vu trois femmes qui présentaient à peu près le même tableau clinique : femme souffrant depuis le dernier accouchement ; perdant beaucoup en blanc ; ne pouvant plus travailler ni se tenir debout, et avec un état général très mauvais.

A l'examen nous trouvions, chaque fois, une cheville cicatricielle, indice d'une ancienne déchirure profonde du col. Après enlèvement de la cicatrice et restauration du col, tout rentrait dans l'ordre.

Cette question nous a paru intéressante et d'une importance assez grande. Nous ne voulons pas aller si loin que certains auteurs Américains et dire que la plupart des affections utérines ont pour origine la déchirure profonde du col, mais nous pouvons dire

que certaines d'entre elles, et qui ne sont pas de moindre importance, font la suite à celle-ci.

Nous nous sommes donc efforcé de rassembler tous les documents nécessaires à cet effet, et avons fait tout notre possible pour montrer toute l'importance que comporte cette question qui fit beaucoup causer d'elle dans le monde, pendant la deuxième moitié du XIX^e siècle.

Aussi serions-nous heureux si ce modeste travail pouvait servir de guide, et contribuer à soulager tant de pauvres malheureuses qui souffrent inutilement, tout en les rendant aptes à perpétuer l'espèce humaine — celles qui le désirent, tout au moins.

Nous avons divisé ce travail en sept chapitres :

Dans le premier, nous avons tenu à préciser les phases d'évolution de cette question, depuis les premières publications d'Emmet.

Dans le second, nous nous sommes occupé de l'anatomie du col.

Dans le chapitre troisième, nous avons tenu à causer un peu plus longuement sur la topographie du col.

Le chapitre suivant a été réservé à l'étiologie et la pathogénie de la déchirure profonde, ainsi qu'à son évolution.

Le cinquième chapitre résume les principales données sur la symptomatologie de cette lésion.

Nous avons consacré le chapitre sixième au pronostic.

Et enfin, dans le septième, nous avons discuté le traitement qui est le plus important.

Pour terminer, nous avons tenu à grouper toutes les observations nécessaires recueillies, tant dans le service de M. le Professeur VAUTRIN que dans sa clinique privée.

Ensuite, en quelques mots, nous avons exposé nos conclusions.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La question que nous nous proposons de traiter fût déjà étudiée au début de la deuxième moitié du siècle dernier, mais, malheureusement, ces derniers temps, elle subit une phase d'abandon presque complet, et c'est justement pour cela que notre Maître, M. le Professeur Vautrin, nous décida à reprendre cette question, de façon à attirer l'attention, une fois de plus, sur la cause qui provoque tant de désordre, aussi bien au point de vue local que général.

Mais, avant tout, nous tenons à donner un aperçu des auteurs qui se sont tout d'abord occupés à mettre cette question à jour.

C'est en 1869 que T.-A. Emmet attira l'attention sur la fréquence des déchirures profondes du col de l'utérus et sur ses conséquences, immédiates et éloignées. En même temps il proposa un traitement, qu'il a du reste appliqué dès 1862, et qui lui donna,

paraît-il, des résultats excellents. Il soutenait, à juste titre, qu'un nombre considérable d'affections utérines étaient dues à la persistance de la déchirure du col. Traiter chacune de ces affections? C'était du temps perdu, disait-il, aussi préconisait-il une intervention ayant pour but d'amener la cicatrisation de la déchirure.

Il faut aussi que nous rendions grâce à M. le Docteur J.-H. Bennett qui, déjà en 1853, publia un travail assez complet sur ce problème, et qui marqua, de ce fait, un sérieux pas en avant.

En 1874, Emmet faisait une nouvelle communication sur « la déchirure du col de l'utérus comme cause fréquente et non reconnue de maladie », car il semblerait qu'alors son procédé d'opération n'avait que très peu attiré l'attention du monde médical. Aussi est-ce surtout à partir de ce moment qu'on commença enfin à s'intéresser à cette opération, et non pas seulement dans le pays où elle avait pris naissance, mais dans tous autres également.

A la réunion de la « Médical Society of N.-York », M. Sims remercie l'auteur de cette publication et le félicite; sur sa proposition, toute l'assemblée vote des remerciements à Emmet.

De ce jour, tout gynécologue américain voulut pratiquer « l'opération plastique sur le col », et un grand nombre de mémoires et de revues furent publiés à ce sujet. Dans toute l'Amérique on fit un enthousiaste accueil à la découverte d'Emmet et on alla même jusqu'à dire que c'était là le plus grand progrès de la chirurgie gynécologique contemporaine.

La publication d'Emmet, de 1874, fut traduite peu de temps après, en allemand, par le Docteur Vogel, et publiée à Berlin, en 1875.

En 1876, le Professeur Breisky publia une critique favorable sur ce travail et, en même temps, donna quatorze observations de cas qu'il avait traités avec succès.

Mais, malgré toutes ces publications, en Europe on resta beaucoup plus réservé, et cette opération, bien étudiée et bien connue en Amérique, n'eût que très peu d'adeptes en France et en Angleterre; un peu plus en Allemagne. Et pendant que les cas de trachélorraphie se chiffraient par milliers en Amérique, en 1884, à peine — disait Eustache — en réunissait-on une vingtaine dans la littérature médicale européenne.

Aussi, trouvant qu'il n'était pas encore suffisamment bien compris, Emmet écrivit un autre article, « Sur le meilleur traitement des déchirures du col ». Il lut cet article à la « County Medical Society », en décembre 1876, lequel fut publié en 1877. Ce travail fut également traduit par le Docteur Vogel et publié sous sa direction, avec une préface du Professeur Breisky.

En 1884, le Docteur H. Wells reconnaît que les vues et les bienfaits de l'opération d'Emmet ont gagné beaucoup de partisans; seuls les Français, d'après lui, ne font aucune mention à ce sujet. Mais Cot, dans sa thèse, en 1885, trouva que cette affirmation était un peu exagérée, car si l'ouvrage de gynécologie, par Courty, paru à cette époque, passe sous silence

les déchirures du col, du moins certains articles et mémoires ont été publiés en France à ce sujet.

Et ici, nous tenons à citer la publication parue à Paris, du mémoire particulièrement remarquable du Docteur Desvernine.

C'est le Docteur E. Dudley, de Chicago, qui le premier donna à cette opération le nom de trachélorraphie. Plus tard, Mundé publia un article sur les indications de cette opération, et prétendit qu'il fallait lui donner le nom « d'hystéro-trachélorraphie ».

En 1896, paraissent les articles de D. Emmet et Goelt, sur les but et modification de la trachélorraphie.

En 1898, c'est Karl Heil qui nous parle des déchirures congénitales du col utérin. Il nous donne une statistique de quinze femmes qu'il a eu à examiner et sur lesquelles il a pu observer trois cas de déchirures, ces déchirures siégeant chaque fois au côté gauche. Parmi ces trois cas, il y avait une jeune fille de 23 ans, à l'hymen intact; ceci est à retenir, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue médico-légal.

W. Taylor (1903), dans « Britsch Gynaec. J. », nous entretient sur les déchirures du col et leurs conséquences. L'auteur insiste surtout sur les cicatrices du col et leur rôle dans la subinvolution de l'utérus.

A la suite de cette publication, nous voyons intervenir William Ducan, Spanton, Josset et Macnanghton Jones, qui nous parlent successivement des hémorragies qui se produisent à la suite de l'hypertrophie du col et de l'implantation de l'épithélioma sur les cicatrices; de l'utilité de l'hystérotomie dans certains

cas de déchirure profonde; et enfin, de l'utilité du diagnostic précoce.

Enfin, nous citerons plusieurs travaux de Doleris, et particulièrement celui « Des influences des opérations plastiques pratiquées sur le col utérin ».

Tous ces travaux ont inspiré plusieurs thèses, parmi lesquelles nous citerons celles de Cot (1885), Ducasse (1889), Contencin (1903), Saint-Jean (1908), etc..., etc...

CHAPITRE II

ANATOMIE DU COL

Sur la surface de l'utérus, à égale distance à peu près de la base et du sommet, on note un petit étranglement, qui est toutefois plus accentué en avant et sur les côtés. C'est cet étranglement qu'on a dénommé « l'isthme de l'utérus »; c'est d'après lui qu'on a divisé l'organe en deux parties : l'une supérieure, ou corps, l'autre inférieure, ou col.

Le corps se présente sous une forme conoïde ou triangulaire et aplatie d'avant en arrière, tandis que le col, au contraire, a une forme cylindroïde. Pourtant, ici, il faut remarquer et différencier le col chez la *nullipare*, de celui de la *multipare*. Nous savons, en effet, que ce dernier, à la suite de nombreux accouchements, change de forme et, au fur et à mesure, s'efface; l'extrémité inférieure du col tend à s'étaler, pendant que le corps devient globuleux.

La face antérieure du col est convexe; parfois, à sa partie supérieure, elle présente une crête-mousse, qui se continue dans la voûte vaginale et, d'après Sanger, elle serait constante dans les rétrodéviations congénitales. Sa face postérieure est plus convexe que l'antérieure et, enfin, ses bords sont arrondis et épais. Son extrémité supérieure se continue avec le corps utérin.

Quant à son extrémité inférieure, elle présente beaucoup plus d'intérêt. Elle forme un cône tronqué et percé à son sommet de l'*orifice externe* du col, qui est l'entrée de la cavité utérine et qui se trouve être limité par les deux lèvres : antérieure et postérieure.

Les lèvres s'unissant latéralement forment deux angles, arrondis ou aigus, auxquels on donne le nom de commissures droite et gauche du col.

Cet orifice est naturellement différent chez la vierge. Il a une forme circulaire, ou plutôt un peu elliptique, à axe transversal; à cause de sa fermeté élastique et de son aspect lisse, le col offre au toucher, selon les auteurs, une sensation comparable à celle ressentie lorsqu'on touche le bout du nez avec la pulpe du doigt.

Chez la primipare, le col devient moins ferme et moins pointu. L'orifice se présente sous forme d'une fente transversale qui, cette fois, est bordée par deux lèvres, au lieu d'un bourrelet chez la vierge. Souvent aussi, cette fente se prolonge à gauche par une petite brèche, qui est en rapport avec la fréquence de la position occipito-iliaque gauche antérieure.

Chez la multipare, l'orifice est élargi, béant. Il mesure environ un centimètre et demi dans le sens transversal; en pratiquant le toucher, on peut y introduire l'extrémité de la phalange. Les lèvres deviennent inégales et bosselées; elles changent de couleur et prennent une teinte violacée. Elles sont parfois éversées et, à ce propos, de Sinety fait remarquer qu'à la suite de plusieurs accouchements, le col semble être absorbé par le corps.

Chez la vierge, le col mesure de vingt-cinq à trente millimètres et de vingt-deux à trente chez la multipare. Il conserve donc presque les mêmes dimensions, mais aurait tendance à perdre de sa longueur.

La cavité cervicale, chez la vierge, est réelle, fusiforme et légèrement aplatie dans le sens antéro-postérieur. Elle est un peu enflée dans sa partie moyenne et souvent obturée par un bouchon muqueux. Il est intéressant d'étudier les parois de cette cavité, qui se présentent sous forme d'une série de plis inégaux. Au tiers moyen, on peut remarquer deux saillies longitudinales, dites *axes*, ou *colonnes principales* de l'arbre de vie. Elles ne sont pas tout à fait médiane, car la saillie de la paroi postérieure se porte obliquement à gauche, et celle de la paroi antérieure à droite. Dans le tiers inférieur, elles disparaissent pour faire place à une série de plis qui se joignent d'un côté à l'autre, ou se terminent par un pli longitudinal qui continue l'arbre de vie.

A l'entrée de la cavité du corps, on voit l'arbre de vie cesser brusquement. On y remarque encore des plis

obliques, ramifiés et parfois anastomisés entre eux; entre ceux-ci apparaissent de nombreux orifices glandulaires, et souvent de petites vésicules miliaires, blanchâtres ou brunâtres : ce sont des néoformations pathologiques, qui portent le nom « *d'œufs de Naboth.* » Ces plis, dits « plis palmés », ne se prolongent pas dans l'isthme, comme les colonnes principales.

Quant à l'orifice interne du col, c'est la partie la plus étroite du canal utérin. Normalement, on y introduit difficilement une sonde de trois millimètres de diamètre. C'est ce point d'arrêt qui correspond à l'isthme externe et qui établit la jonction du corps avec le col, d'après les anatomistes.

Chez la multipare, la cavité du col est plus irrégulière. Les arbres de vie n'atteignent jamais l'orifice externe, mais conservent généralement leur disposition. L'orifice interne est moins long et plus large que chez la vierge.

Pour terminer la description du col, nous dirons quelques mots de ses connexions avec le vagin et de ses rapports avec le bassin et son contenu. Dans ses connexions avec le vagin on lui distingue : un segment extra-vaginal; un segment intra-vaginal ou « museau de tanche » et un segment vaginal, qui correspond à l'insertion supérieure du vagin. Cette insertion se fait sur son pourtour, à l'union de ses deux tiers supérieurs avec son tiers inférieur, et suivant un plan fortement oblique, de haut en bas et d'arrière en avant.

Le segment extra-vaginal est en rapport, en avant,

avec la vessie; en arrière, avec le rectum, dont il est séparé par le cul-de-sac recto-vaginal; sur les côtés, avec les ligaments larges et les plexus utérins.

La couche musculuse du vagin se continue avec celle de l'utérus, au niveau du segment vaginal; donc les connexions entre les deux organes sont intimes.

Enfin, le segment intra-vaginal constitue ce qu'on appelle le museau de tanche (os tince). Il est circonscrit, au niveau de sa base, par un cul-de-sac circulaire, qui est beaucoup plus profond en arrière qu'en avant, et dont les différentes portions constituent les culs-de-sac *antérieur*, *postérieur* et *latéraux* du vagin (Testut).

CHAPITRE III

LES RAPPORTS TOPOGRAPHIQUES DU COL

Nous tenons à faire un chapitre spécial en ce qui concerne les rapports topographiques du col. En effet, ces rapports sont appelés à jouer un rôle considérable dans l'étude que nous nous proposons de faire, tant au point de vue de l'évolution des lésions, de leur complication, et surtout de leur traitement.

Dans le chapitre précédent, nous avons dit quelques mots sur les connexions du col avec le vagin, le bassin et son contenu. Ici nous nous proposons de discuter les rapports du col avec les uretères, l'artère utérine, les nerfs et les lymphatiques. Nous laisserons autant que possible, de côté, le corps utérin, qui ne nous intéresse pas dans ce cas. Enfin, pour terminer, nous dirons quelques mots de paramètre.

De la Vascularisation du col utérin. — Des rapports entre les uretères, l'artère utérine et le col. — Au point de vue qui nous intéresse, nous devons surtout insister sur les rapports du col de l'utérus avec l'uretère, les vaisseaux et les lymphatiques. En effet, dans le traitement des déchirures profondes, on intervient presque toujours par la voie basse et il est de première importance à connaître la direction des uretères et des vaisseaux, si nous ne voulons pas provoquer des hémorragies qui peuvent devenir fatales, ainsi que des fistules urétérales, qui ne le sont pas moins.

L'observation I vient comme appui à ce que nous venons de dire, où nous avons observé une fistule urétérale, après l'intervention sur le col. Heureusement, la guérison s'est produite dans de bonnes conditions.

La position pelvienne de l'uretère peut être divisée en deux : une portion descendante et une portion convergente ou viscérale. En quittant la paroi pelvienne, l'uretère qui va constituer la portion convergente décrit souvent un coude marqué. Cette partie de trajet pelvien ne mesure que trois ou quatre centimètres. Chez la femme, cette partie terminale a une grande importance, surtout à cause des connexions qu'elle présente avec les vaisseaux utérins, l'utérus, les culs-de-sac latéraux et la base des ligaments larges.

Déjà sur la paroi latérale pelvienne, l'uretère est en contact avec l'artère utérine (Hallé). Cette artère descend en longeant le bord antérieur de celui-ci, en suivant à peu près la même direction que ce dernier. A la pénétration dans la base du ligament large,

les deux se croisent. La première change ensuite brusquement de direction. Elle s'achemine directement sur le col, en quittant le ligament large. Elle atteint la partie latérale du col, généralement au niveau de l'insertion vaginale ou quelquefois, surtout chez les multipares, à dix ou quinze millimètres au-dessous de cette insertion (Testut). En atteignant le bord, l'artère utérine est située plus haut et sur un plan plus postérieur que l'uretère. Quant à ce dernier, il continue à descendre et se porte, en dedans, en haut et en arrière, en devenant flexueux vers le col utérin. Quant aux veines, elles restent toujours postérieures. Donc, à son entrée dans la base du ligament large, l'uretère a, à son côté antérieur, l'artère utérine, et à son côté postérieur, les veines. Ici, les rapports se trouvent être très intimes : uretères et vaisseaux sont serrés dans le tissu fibro-musculaire qui forme la base du ligament large.

Avant d'aborder la vessie, l'uretère avoisine le col utérin et longe les culs-de-sacs vaginaux, puis la paroi vaginale supérieure. Ici, les rapports sont moins directs qu'on le dit généralement. L'uretère est à un centimètre et demi environ du bord utérin. Il chemine tout au contact de la paroi des culs-de-sac latéraux, puis antérieurs, du vagin. C'est ici que nous reprendrons notre artère utérine qui, en arrivant sur le col, va se fléchir en se dirigeant de bas en haut et en formant ce qu'on appelle la « crosse utérine ». Puis, de là, elle continue à remonter en suivant le bord correspondant, jusqu'à sa bifurcation : en branche anastomatique et en tubaire interne.

A l'union du corps et du col, on signale l'existence d'un cercle artériel résultant des anastomoses, sur les faces antérieure et postérieure de l'organe, des branches artérielles du côté droit avec celles du côté gauche. D'après Testut, ce cercle qu'on appelle « cercle d'Huguier », n'est pas constant et doit même être assez rare, car la région de l'isthme semble posséder moins de branches transversales que l'utérus.

L'uretère, en cheminant tout au contact des culs-de-sac latéraux et antérieur du vagin, se trouve être croisé par des petites branches artérielles flexueuses qui ne sont autres que les petites branches dites vésico-vaginales, que l'artère utérine abandonne en se réfléchissant et qui se distribuent à la partie inférieure de la vessie et à la partie supérieure du vagin.

Pour terminer ce qui a trait aux rapports de l'uretère et de l'artère utérine avec l'utérus, nous dirons que ces rapports sont d'autant plus intimes entre l'utérus et les uretères, que ce premier est le plus abaissé.

Cette notion est à retenir pour toutes les interventions par la voie basse.

Les veines et les lymphatiques. — Les veines, dans cette région, sont remarquables par leur nombre et leur volume. Elles tirent leur origine des réseaux capillaires de trois tuniques (séreuse, musculuse, muqueuse).

De la couche musculaire moyenne, les sinus veineux se dirigent transversalement en dehors, vers les bords latéraux de l'utérus et forment, à droite et à gauche, deux réseaux importants, « les plexus

veineux utérins ». Ceux-ci se logent entre les deux feuillets du ligament large.

Ces plexus, à leur tour, donnent naissance, de chaque côté, à trois voies différentes : Veines utérines en bas ; plexus utéro-ovarien en haut et, enfin, en haut et en avant, les veines du ligament rond.

Ce qui nous intéresse, ce sont les veines utérines, qui sont habituellement au nombre de deux pour chaque artère.

En ce qui concerne les rapports de ces veines avec le col, nous n'aurons pas à dire grand'chose, si ce n'est qu'elles suivent le même trajet que l'artère homonyme.

Ayant décrit les rapports de l'artère utérine, nous savons qu'elle se trouve maintenant entre les deux veines satellites.

Quant aux lymphatiques, nous savons que le col nous présente un riche réseau lymphatique. Ils s'étendent sur tout l'utérus, depuis l'orifice du col jusqu'à la trompe. Ces lymphatiques proviennent comme les veines de trois tuniques muqueuses. Il existe un réseau muqueux, un réseau musculaire et un réseau extrêmement riche, qu'on a appelé : réseau péri-utérin. Celui-ci se divise à son tour en réseau du corps et le réseau du col. C'est ce dernier qui nous intéresse, quoique toute la chaîne ganglionnaire de l'utérus joue un rôle considérable dans la suite.

Les lymphatiques du col proviennent du réseau qui entoure le segment inférieur de l'utérus du col (Testut). Ils convergent tous vers les parties latéro-postérieures de celui-ci, et là, se répartissent en trois

groupes, qui sont distincts, aussi bien par leur trajet que par leur terminaison.

Les lymphatiques du premier groupe se portent transversalement et en dehors, en passant en avant de l'uretère. Puis, en s'infléchissant en haut, ils vont se terminer dans les ganglions moyens et supérieurs de la chaîne iliaque externe.

Ceux du deuxième groupe suivent exactement la direction des vaisseaux utérins. Ils vont se jeter ensuite dans les ganglions moyens et supérieurs de la chaîne hypogastrique.

Enfin, les lymphatiques du troisième groupe se détachent de la face postérieure du col. Ils se portent en arrière et en haut, passent sur les côtés du rectum et se terminent, les uns dans les ganglions présacrés, et les autres dans les ganglions du promontoire.

Cruveilhier et Guérin ont signalé un ganglion sous-pubien.

Enfin, citons encore le ganglion de Lucas Championnière, qui est situé, quand il existe, sur le côté et en arrière du col, un peu au-dessus du cul-de-sac latéral du vagin. Mais d'après les recherches de différents auteurs, il ne s'agirait là que d'une sorte de pelotonnement des lymphatiques afférents du col.

Le système nerveux du col. — Les nerfs puisent leurs origines : dans les plexus utérins, utéro-ovariens, des troisième et quatrième paires sacrées, et enfin, du tronc même du sympathique sacré. La plus importante partie de ces nerfs se distribue au col et forme là un plexus latéro-cervical. Sur les mailles de ce plexus s'échelonne un grand nombre de ganglions. (*Thèse Becavin, 1914.*)

D'après Keiffer, le nombre des ganglions, intra et extra-vaginaux, est d'autant plus grand que l'on examine les coupes plus rapprochées de la face postérieure de l'organe et de la région cervicale. Cela tiendrait à ce que, au niveau de cette région, le tissu conjonctif rétro-utérin renferme le ganglion de Frankenhaüser, qui est bilatéral quand il existe, et se trouve situé sur les côtés du col utérin, à trois centimètres environ au-dessus de son extrémité inférieure.

Une fois le muscle abandonné, les terminaisons des filets nerveux s'entrecroisent et se réunissent à la surface interne, pour former un réseau d'où partent d'autres filets destinés aux glandes.

Les filets musculaires forment un riche réseau dans l'épaisseur de la musculuse. Ils se terminent en partie par des extrémités libres, en partie par des petits renflements en forme de bouton.

Quant aux filets muqueux, certains se terminent sur les glandes, les autres dans l'épithélium.

Comme conclusion, nous pouvons dire que le grand nombre de ces filets suivent les artères et forment autour d'elles autant de plexus secondaires. Le plexus utérin chemine de bas en haut, en suivant les bords de l'utérus et en passant entre les deux feuillets du ligament large. Il s'anastomose avec le plexus-ovarique et jette sur son chemin et sur les deux faces de l'utérus une multitude de filets terminaux.

Plus loin, lorsque nous causerons de diagnostic des déchirures profondes du col, nous parlerons des névralgies intenses du col, qui s'irradient jusque dans le dos et même jusque la nuque et la face. Donc rien

d'étonnant, puisque nous savons maintenant quel est la distribution des nerfs sur le col, et comment certains d'entre eux peuvent être intéressés dans ces déchirures.

Enfin, pour terminer, nous dirons quelques mots des ligaments larges. Ce sont les deux feuillets péritonéaux qui revêtent la face antérieure et postérieure de l'utérus. Arrivés au bord de cet organe, ces feuillets s'appliquent l'un à l'autre, pour se porter ensuite vers les parois du bassin. Ces replis péritonéaux renferment entre eux des fibres musculaires lisses et une couche plus ou moins épaisse de tissu cellulaire.

Souvent on a observé un phlegmon du ligament large, à la suite d'une déchirure profonde du col. Nous citons plus loin l'observation de M^{me} S... (observ. VIII), qui est entrée à l'hôpital dans un état très déficient et en est sortie, après le traitement et réparation de la déchirure, tout à fait guérie.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES DÉCHIRURES DU COL

Les déchirures du col peuvent être divisées en deux grandes classes, d'après la cause de leur production. Ce sont les déchirures chirurgicales et obstétricales. Les premières sont dues à l'intervention opératoire, en dehors des accouchements. Aussi nous ne ferons que les mentionner. Disons simplement qu'elles sont dues, la plupart du temps, aux dissections du col dans l'atresie, à la dilatation artificielle, aux tractions exercées pour l'extirpation de certaines tumeurs intra-utérines.

Il n'en est pas de même des déchirures provoquées par des causes purement obstétricales. En effet, la déchirure du col est une lésion des plus fréquentes après l'accouchement.

D'après les statistiques de Mundé, c'est presque

à la suite du premier accouchement que cette déchirure se produit, et cependant il est aussi probable que le col puisse se rompre ultérieurement.

Bien que chez certaines femmes qui ont déjà eu des enfants il n'existe pas la moindre encoche sur le col, la fréquence des déchirures est cependant très grande. Leur rôle pathologique a été mis à jour par Emmet, qui prétend que « la moitié au moins des affections utérines chez les femmes ayant eu des enfants, provient de lacération du col » (Pozzi).

Sans diminuer l'importance de cette lésion, nous croyons qu'il ne faut tout de même pas exagérer et attribuer à la déchirure beaucoup plus de choses qu'elle ne mérite.

Quelle est la fréquence de ces déchirures ? Emmet trouve sur 500 femmes examinées, 164 qui ont des déchirures. Donc 32 %. Murphy en trouve 95 sur 175 femmes examinées, donc 54 % et plus. Quant à Tedenat, il trouve 85 % de déchirures. Comment expliquer cette différence ? Tedenat, en examinant les femmes accouchées à une période la plus rapprochée de l'accouchement — du 12^e au 15^e jour — disait qu'on avait beaucoup plus de facilité à se rendre compte de ces déchirures, à cause que la turgescence et la rougeur des tissus ont diminué, et les ruptures, de quelque importance qu'elles soient, ne peuvent pas rester inconnues.

Mécanisme de la déchirure. — Nous ne ferons ici que résumer la théorie de Bandl : « Toutes les fois qu'un obstacle mécanique s'opposera à la sortie du fœtus, les contractions utérines existant dans le corps,

et n'étant plus contre-balancées par la résistance des annexes et des muscles abdominaux, expirant directement sur le col, l'orifice interne se trouvera attiré au-dessus du détroit supérieur, et l'utérus se trouvera divisé en deux parties, l'une supérieure (le fond du corps), l'autre inférieure (le col). Tandis que la première tendra à devenir de plus en plus épaisse, l'autre se distendra et s'amincira en proportion. Cette dernière pourra donc se rompre, soit spontanément, soit dans les manœuvres d'extraction du fœtus. »

La rupture du col, dans ces conditions, s'étendra plus ou moins loin vers l'utérus, selon l'intensité des causes qui ont procédé à sa production.

Les avortements provoqués et les accouchements prématurés semblent être parfois une cause importante de la déchirure.

Nous citons plus loin l'observation VII, d'une femme qui a eu deux avortements. D'après son histoire, les avortements seraient spontanés, mais tout semble dire qu'ils ont été provoqués. A l'examen, nous avons trouvé une déchirure profonde du col. Quoiqu'il en soit, nous croyons que ce sont des cas assez rares.

D'autre part, il y a des conditions pathologiques qui favorisent la production des déchirures. Parmi celles-ci nous mentionnerons l'existence des tumeurs, polypes, corps fibreux, dégénérescences cancéreuses, malformations, développement anormal ou perte de substances du col et différentes déviations de l'utérus.

Toutes les causes que nous venons d'énumérer sont, pourrait-on dire, d'origine maternelle. Mais, en dehors de celles-ci, il en est d'autre qui sont intéressantes et

qui sont plus directement imputables au fœtus ou à l'intervention obstétricale.

La conformation vicieuse du fœtus, son grand volume, l'hydrocéphalie, sont autant de causes qui favorisent la déchirure du col. Le sexe ne joue pas grand rôle, quoi qu'on a voulu souvent dire que le sexe masculin, qui a généralement un volume plus fort, pourrait être une cause de la déchirure.

Les interventions inopportunes ou inhabiles de l'accoucheur sont des causes très fréquentes. Comme nous le disions plus haut, l'accouchement ou l'avortement provoqués, soit dans un but obstétrical, soit dans un but criminel, lorsqu'ils sont conduit très rapidement, lorsqu'on veut hâter la dilatation du col, peuvent souvent donner lieu à des ruptures qui tendent à augmenter de longueur au moment du passage des parties fœtales.

De même le seigle ergoté, administré d'une façon inopportune, peut, en provoquant la contraction générale des fibres utérins, amener un résultat contraire de celui qu'on attend. En effet, l'utérus, énergiquement contracté en tous ses points, cèdera parfois au prix d'une rupture, et celle du col, dans des cas pareils, devrait être considérée comme une heureuse terminaison.

Bien souvent, la rupture de la poche des eaux, trop tôt provoquée, sera une condition favorable de la déchirure. En supprimant la cause qui produit la dilatation normale, régulière et progressive du canal cervical, on permettra à l'utérus, par l'écoulement brusque de liquide amoniatique, et donc par une dimi-

nution de volume, de se contracter plus énergiquement, et le col, dès lors soumis à une augmentation brusque de pression, et se dilatant plus difficilement, pourra se déchirer. Aussi, ne devrait-on se permettre la perforation des membranes que sur des indications bien nettes.

Disons de même que l'insertion vicieuse du placenta peut être une cause prédisposante à la déchirure. En effet, lorsqu'il se produit une hémorragie à la suite de cette insertion, on est souvent amené à provoquer la rupture précoce ou prématurée des membranes. Or, en même temps, on fait une dilatation du col, et il suffit d'aller un peu plus brusquement, soit avec le procédé digitale, soit avec les instruments, pour provoquer la déchirure, qui peut s'étendre au segment inférieur, car cette partie de l'utérus est la plus fragile.

Plus spécialement il faut signaler les différentes et importantes opérations obstétricales telles que : l'embryotomie, craniotomie, la version et les applications de forceps.

Introduction trop brusque de la main qui doit guider les branches du forceps, les mouvements de la bascule imprimés sans aucune mesure et sans méthode à cet instrument, en exerçant une pression exagérée sur les parois du col, en favorisent la déchirure.

De même, les efforts tentés dans le but de favoriser la rotation, lorsqu'elle ne se produit pas, ou tend à ne se produire que peu. Citons encore la traction plus ou moins énergique exercée lorsque le bassin est trop rétréci et que son axe est dévié.

Quant à la version, lorsqu'on la tente (eclampsie,

hémorragie, procidence de cordon) avant la dilatation suffisante du col ou qu'on la pratique d'une façon brusque ou trop rapide, elle produira les mêmes lésions par un mécanisme analogue.

Ajoutons à ces causes, les pressions abdominales exercées trop tôt ou trop fort par l'accoucheur, dans le but de rendre plus efficaces les efforts expulsifs.

En ce qui concerne les incisions chirurgicales du col, qui sont faites pour faciliter l'accouchement dans certains cas — oblitération du col utérin, par exemple — elles laissent parfois derrière elles, comme suite, des déchirures. Mais, depuis que nous possédons des moyens antiseptiques suffisants, et d'autre part sachant ce qu'on a fait sur le col, ces incisions sont traitées, et la plupart du temps guérissent sans complications.

Pour notre part, nous avons observé presque toujours les déchirures du col, soit à la suite d'un accouchement difficile, d'un enfant gros ou d'une application de forceps.

Forme des déchirures et leur siège. — Les déchirures qui ne dépassent pas l'insertion vaginale sont très communes chez les primipares (93 %); celles qui atteignent la portion sus-vaginale sont moins fréquentes (23 %) [d'après Brundean].

Entre ces deux extrêmes, il y a toute une série de déchirures que nous ne retiendrons pas, voulant nous occuper surtout des déchirures profondes.

Ces dernières peuvent se produire à n'importe quel point du col, mais, d'après certaines statistiques, on peut se rendre compte qu'elles se produisent sur certains points plutôt que sur d'autres.

En effet, elles sont plus fréquentes à gauche qu'à droite. Puis viennent les déchirures bilatérales. Après celles-ci, les antérieures, et enfin, les moins fréquentes, les postérieures.

La fréquence de la déchirure à gauche peut s'expliquer par le grand nombre de présentations occipito-illiaques gauches. Cot fait remarquer dans sa thèse, que si la tête du fœtus était ronde, la pression exercée par celle-ci sur le pourtour de l'orifice cervical serait le même partout, et si une déchirure devait avoir lieu, elle se produirait aux points de moindre résistance, mais la tête étant ovale, la pression n'est pas égale et le col utérin éclate aux points soumis à la pression maximum.

Les déchirures du col sont généralement linéaires. Leur direction est souvent transversale, et quelquefois obliques. Quand elles sont multiples, elles sont la plupart du temps rayonnées.

Dans certains cas, au moment de la déchirure, il se décolle une portion du col, et l'on voit ainsi apparaître un lambeau qui comprend presque toute la lèvre antérieure. On rencontre rarement un arrachement circulaire du col. Dans ces conditions, le museau de tanche est entraîné en avant de la partie fœtale, sous forme d'une calotte.

Les déchirures se propagent enfin au segment inférieur, et particulièrement au ligament large. Fait à retenir à cause de la région vasculaire.

Quelques gynécologues, et en particulier Mundé et Bagues, prétendaient que les déchirures du col étaient plus fréquentes dans la classe pauvre. Nous ne voyons

pas, — aujourd'hui, — le bien-fondé de cette affirmation, mais, si nous nous reportons un demi-siècle en arrière, nous comprenons facilement l'exactitude de cette donnée. En effet, les médecins, à cette époque, et particulièrement en Amérique, pour se débarrasser au plus vite des femmes pauvres, utilisaient le forceps, et, pour aller plus vite encore, faisaient une application à n'importe quel moment. Dans ces conditions, il ne faut pas s'étonner de la fréquence des déchirures. Quant à l'évolution de celles-ci, il est certain qu'il y a une différence entre la classe pauvre et la classe aisée.

Toutes les déchirures que nous venons ainsi de passer en revue vont évoluer, mais pas de la même façon. Les unes, et c'est le plus grand nombre, vont guérir spontanément; d'autres vont persister, sans produire de troubles notables, et enfin, il existe une série de ces déchirures qui, au lieu de s'améliorer, tendront à provoquer toute une gamme d'accidents, locaux ou généraux.

Ce sont ces dernières encore qui vont retenir notre attention.

Evolution. — La marche, la durée, la terminaison des déchirures varient considérablement, selon qu'elles sont plus ou moins étendues, et aussi selon le siège qu'elles occupent.

La guérison est le plus souvent spontanée, lorsque ces déchirures sont peu profondes, mais en donnant simplement au col l'aspect un peu irrégulier.

La plupart des auteurs admettent cette guérison spontanée comme la règle dans les déchirures légères.

D'autre part, les déchirures qui siègent sur les parois antérieure et postérieure du col, guérissent plus facilement que celles qui siègent sur les parties latérales. C'est ici qu'intervient probablement la distribution des vaisseaux lymphatiques, qui se trouvent en plus grand nombre sur les bords de l'organe, avons-nous dit, et il n'y a pas de doute que les déchirures latérales guérissent beaucoup plus difficilement, car elles sont plus soumises à l'absorption des produits irritants.

Cependant on peut voir de ces déchirures latérales guérir spontanément aussi, mais alors, à condition que la lésion n'intéresse que les bords des lèvres.

Toute différente est l'évolution, quand il s'agit des déchirures profondes. Si l'on voit ces dernières guérir sans intervention, c'est un fait très rare, et la plupart du temps, la réparation se fait par la formation d'un tissu cicatriciel.

Une déchirure profonde produite, quelle va être son évolution? Disons de suite qu'elle se produit sur un tissu atteint de dégénérescence graisseuse, congestionné, et opérant le travail souvent si pénible de l'involution. Lorsqu'il s'agit d'un pareil tissu, il faut s'attendre à ne pas voir la cicatrisation se produire rapidement. D'autres causes peuvent aussi intervenir, telle que : manque de repos, reprise de la vie active, mauvais état général, ou bien encore, métrites et paramétrites anciennes, qui ont provoqué l'immobilisation ou la déviation de l'utérus.

Le col étant béant pendant un certain temps, les complications sont à redouter. Tout d'abord, nous

remarquons un ectropion plus ou moins avancé de la muqueuse, laquelle est tuméfiée et bourgeonnante. Il est plus que probable que l'écartement des lèvres est dû à la périmétrite et à l'infiltration et induration du tissu péri-utérin.

Puis vient l'endométrite cervicale, qui se propage au corps. A partir de ce moment, tous les organes qui sont en relations avec l'utérus, sont le siège d'inflammations aiguës ou chroniques.

A tous ces troubles viennent s'en ajouter d'autres, d'ordre fonctionnel.

Citons tout d'abord la stérilité. Nous ne nous y arrêterons pas ici plus longuement, devant y revenir dans un chapitre spécial.

Enumérons encore les névralgies du col, que nous avons rencontrées chez la plupart des malades que nous avons à examiner. Ces névralgies sont en effet très violentes; puis viennent les hémorragies après le coït; écoulement leucorrhéique abondant et constant, rendant l'accès de l'utérus difficile aux spermatozoïdes; et enfin, l'ectropion de la muqueuse cervicale; tendance à l'avortement et le catarrhe de la muqueuse cervicale, ainsi que de la muqueuse utérine.

A propos de l'avortement comme conséquence de la déchirure, citons le cas d'une femme venant consulter G. Thomas : elle a déjà eu cinq avortements successifs et voudrait y remédier. L'examen lui révèle une déchirure étendue du col. La malade fut opérée et redevint enceinte. Accouchement à terme et sans difficulté.

Macdonal attache la même importance à cette

lésion du col. Quant à Howitz, il pense plutôt que ces avortements seraient provoqués par les déviations utérines.

Nous sommes d'accord avec tous ces auteurs, car si Howitz attache une importance aux déviations, il ne faut pas oublier qu'elles proviennent souvent d'une déchirure profonde qui, par la suite, a été cicatrisée et a formé une bride qui attire le col du côté de la lésion.

Il est une autre lésion qui est aussi la conséquence de la déchirure, et sur laquelle on a beaucoup discuté : il s'agit de la naissance de tumeurs d'origine épithéliale sur cette cicatrice. Les auteurs disent, les uns, que cette lésion prédispose; les autres affirment le contraire. En tout cas, on n'a pas encore de preuves exactes, mais, quoiqu'il en soit, on peut avoir quelques doutes là-dessus; et peut-être un jour, on trouvera là-dedans la cause de la fréquence d'épithéliomas du col.

La complication la plus fréquente semble être les névralgies de l'utérus. D'après notre Maître, le Professeur Vautrin, les terminaisons des filets nerveux se trouvent être comprimées dans le tissu cicatriciel qui se produit à la suite de la déchirure. Ces névralgies peuvent être, soit locales, soit générales. Les premières sont déterminées par le simple toucher vaginal. Quant aux secondes, elles sont accusées par les malades, lesquelles souffrent dans tout le bassin, et parfois même de douleurs s'irradiant jusqu'à la nuque.

Le Docteur Agathonoff rapporte deux cas de convulsions épileptiformes, à la suite de déchirures profondes du col.

Enfin, signalons les hémorragies tardives.

Citons encore les phlegmons du ligament large, qui ont leur siège la plupart du temps à gauche. Guineau de Mussy rapproche ce fait de la prédominance des déchirures du col du même côté, et l'explique par l'inflammation du système lymphatique, qui paraît jouer un rôle prépondérant dans ces affections.

Donc, en résumé, toutes ces déchirures évoluent; seulement, pendant que les unes se cicatrisent spontanément et sans aucun trouble pathologique, les autres, au contraire, peuvent se réparer et s'accompagner d'un grand nombre de phénomènes morbides, locaux et généraux, parfois d'une gravité considérable.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Nous distinguerons, au point de vue symptomatologie, deux états : 1° Symptômes précoces; 2° Symptômes tardifs.

I. — Le premier et principal signe d'une déchirure du col est une hémorragie, présentant certains caractères particuliers, qu'il faut bien connaître pour ne pas erroner le diagnostic. Le sang, qui s'écoule quelquefois avec de véritables pulsations, est d'un rouge vif. Cette hémorragie n'est généralement pas abondante, les vaisseaux se rendant à l'utérus n'étant pas très nombreux, mais elle est tenace, car les ligatures vivantes font défaut, et peut même devenir redoutable si la lésion se continue à la base du ligament large. Ladite hémorragie peut aussi provenir de la crosse utérine, qui parfois se trouve à 10 ou 15 millimètres au-dessus de l'insertion du vagin; elle peut être intermittente, c'est-à-dire, en apparaissant aussitôt après l'expulsion du fœtus, durer quelques instants, cesser, et réapparaître de nouveau.

A cette hémorragie externe, peut s'en ajouter une interne, ce qui serait alors, par ce fait, beaucoup plus grave, et n'attirerait l'attention que par les symptômes de l'anémie grave.

Mais, si bon nombre de déchirures passent inaperçues, c'est que cette hémorragie fait défaut assez souvent, aussi, est-ce le siège de la lésion qui intervient ici pour une large part. Si la déchirure se trouve en avant ou en arrière, les vaisseaux ne sont pas intéressés. D'autre part, il faut aussi tenir compte de la qualité du tissu du col, car le col œdémateux ne saigne pas.

La douleur est variable : souvent les malades ont la sensation nette qu'une déchirure vient de se produire; d'autres fois, elles accusent des cuissons et des picotements.

Si à ce moment on palpe l'utérus, on s'aperçoit que celui-ci se contracte. Mais pour ne pas faire d'erreur, il faut examiner directement le col, et voir si l'hémorragie provient de là. On pratique le toucher vaginal, et au besoin manuel. Seulement, on commencera, en premier lieu, par vider le vagin des caillots qu'il renferme, avant d'explorer le col, qui se présente sous la forme d'un lambeau flasque et flottant. On recherchera la déchirure, en explorant particulièrement les parties latérales, et de cette façon, on arrivera à sentir les lèvres de la plaie.

Mais cet examen, en général, ne peut se pratiquer aussitôt l'accouchement. Il ne faut pas, en effet, oublier qu'alors la sensibilité des organes génitaux est énorme, et qu'en raison même de son état, on doit éviter toutes souffrances supplémentaires à l'accouchée.

II. — C'est donc surtout plus tard que les déchirures pourront êtres diagnostiquées. En effet, au bout de quelques mois, la femme vient consulter. Elle se plaint généralement d'un état plus ou moins satisfaisant et commence par avouer que, depuis son dernier accouchement, sa santé n'est plus ce qu'elle était avant. Elle accuse des douleurs dans l'hypogastre, aux lombes et des névralgies diverses. Du côté de l'appareil digestif, les digestions sont très longues, dit-elle. Généralement aussi son caractère a changé, et la femme est triste et déprimée. Ses règles sont irrégulières, la leucorrhée abondante et constante, et enfin la marche augmente les douleurs. Tout ceci aboutit à une anémie profonde, qu'on observe chez la plupart des femmes atteintes de déchirures profondes.

D'après Emmet, nombre de patientes finissent par devenir neurasthéniques, étant souvent sujettes à un symptôme désolant : l'insomnie.

Pour émettre un diagnostic certain, il faut pratiquer le toucher vaginal. Le col, le plus souvent, se présente avec une fente transversale empiétant plus ou moins sur les côtés, si la déchirure est double, ou avec une fente latérale, si la déchirure est simple.

Dans l'angle de cette déchirure, au niveau du cul-de-sac vaginal, il existe un nodule inflammatoire, représentant le clou cicatriciel, qu'Emmet a appelé « cheville cicatricielle », et qu'on a dénommé depuis « le clou d'Emmet ». Au moment où nous arrivons avec le doigt sur ce nodule, nous provoquons des douleurs extrêmement pénibles.

Quant aux lèvres du col, elles sont boursoufflées, saillantes et remplissent la partie supérieure du vagin.

Ces signes ne sont marqués que sur la partie correspondant à la déchirure, si elle est unilatérale. La muqueuse cervicale, souvent en ectropion, est rouge et saignante, elle semble envahir la portion vaginale, où elle se termine par un bord net, plus ou moins festonné. Mais, sous l'influence du temps et d'un traitement local, la muqueuse éversée se cicatrice secondairement, et le col n'offre plus le même aspect.

Quant au corps utérin, disons qu'il est généralement gros, car habituellement l'utérus ne subit pas l'involution, et se draine mal. Il y a toujours de la paramétrite, et les annexes sont prises. Il faut dire cependant que ce toucher est très difficile à pratiquer, en raison des douleurs considérables qu'il occasionne à la femme. Ici, plus que jamais, il faut aller prudemment. Le plus souvent, on se contente d'examiner la cheville cicatricielle, l'état du col et de l'utérus.

Diagnostic différentiel. — Nous ne dirons que quelques mots du diagnostic différentiel, et seulement en ce qui concerne les symptômes précoces de la déchirure.

Il s'agit tout d'abord de différencier une hémorragie provoquée par la déchirure, d'un écoulement de sang provenant de la délivrance normale. Ici, il n'y a pas à hésiter, vu que le sang est d'un rouge vif, avons-nous dit, après la déchirure, et noir dans la délivrance; de plus, on constate la présence de caillots, et tous les signes cliniques normaux.

Le sang peut provenir aussi d'une veine clitoridienne rompue. Mais alors, l'œil fait le diagnostic, le doigt arrête le sang.

Les varices du col peuvent également se rompre et saigner. Ici encore, le sang est noir, et cette rupture s'effectue également au début du travail.

On commet souvent une erreur en attribuant l'hémorragie à l'inertie utérine. Là encore, le sang est noir et mêlé de caillots. Il faut donc se baser sur la consistance utérine, qui, en ce cas, est mollassse. Par contre, dans les déchirures du col, l'utérus est fortement contracté.

Les déchirures des parties moyennes et inférieures du vagin saignent peu d'ordinaire.

L'adhérence pariétale du placenta est presque toujours suivie d'hémorragie, mais elle ressemble à celle de l'inertie utérine.

Enfin, en dernier lieu, citons la distinction entre la déchirure du col, propagée au segment inférieur, et la rupture de l'utérus, étendue au col. Celle-ci a ses symptômes, et le pronostic est beaucoup plus sombre.

Après avoir rappelé les symptômes principaux, qui nous guideront pour poser un diagnostic sûr, et par le fait prescrire un traitement approprié, pour le soulagement des malades d'une part, et pour la remise du col en bon état de fonctionnement normal d'autre part, et avant de voir quelles sont les indications et contre-indications de ce traitement, étudions d'abord le pronostic de ces déchirures profondes.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Les déchirures profondes, comme nous l'avons vu déjà, peuvent déterminer des complications graves, soit immédiates, soit éloignées. Nous avons dénoncé la gravité d'une hémorragie abondante, pouvant amener la mort, particulièrement chez les multipares. Lorsqu'il s'agit de la déchirure de l'artère utérine, la parturiente peut être emportée en quelques instants.

Mais ce pronostic est variable, suivant le degré de la lésion, son siège, l'état général et les antécédents de la femme. Certains organismes, faibles et déprimés, peuvent présenter un état alarmant après une perte sanguine minime.

Les suites de couches peuvent aussi réserver de tristes surprises, et il faut surtout craindre les infections, lesquelles s'observent fréquemment.

Lorsque les femmes échappent à toutes ces complications, il peut en survenir d'autres plus tard. Ce sont, tout d'abord, les positions vicieuses de l'utérus,

provoquées par la bride cicatricielle. Nous avons déjà mentionné que l'utérus se trouvait le plus souvent en rétroversion. L'orifice du col étant béant, l'utérus reste donc exposé à toutes sortes d'infections. Dans d'autres cas, cet orifice peut être obstrué, et gêner le drainage. A la suite de toutes ces complications, la stérilité est presque absolue, et, d'autre part, s'il y a fécondation, les avortements s'en suivent.

Citons la fréquente coïncidence du prolapsus utérin avec la déchirure, et sur lequel notre Maître, le Professeur Vautrin, insiste particulièrement. L'utérus étant congestionné et devenu plus lourd, par suite du mauvais drainage, tiraille et tend à tomber. Ses paramètres lachent, et les organes tendent vers le prolapsus. Mais, comme il existe une cicatrisation qui englobe les nerfs voisins, et les extrémités de celle-ci étant devenues très douloureuses, le prolapsus va exercer un tiraillement sur cette bride, ce qui provoquera des douleurs intenable.

« Le clou d'Emmet » empêche donc les organes de descendre.

Nous voyons très souvent des femmes atteintes de telles affections, venir échouer à l'hôpital, en demandant le soulagement; il s'agit là surtout, de femmes obligées de gagner leur vie, et dont la souffrance est telle qu'elles ne peuvent plus rester debout.

Nous avons observé notamment (observation III), à la clinique de M. le Professeur Vautrin, une femme qui ne pouvait même pas rester couchée, tant elle souffrait. Il n'y a que lorsqu'elle se mettait en position de « prière à la Turque » qu'elle obtenait un soulagement.

Pour terminer ce chapitre, nous dirons quelques mots du changement menstruel survenant après les déchirures profondes. Généralement, on trouve une augmentation de l'écoulement, semble-t-il, et lorsque la déchirure est récente, l'écoulement est plus irrégulier.

D'après les statistiques d'Emmet, sur 164 femmes qui ont souffert de déchirures, 130 ont vu leur écoulement, soit diminuer, soit augmenter, et 82 l'ont vu augmenter de 4 à 7 jours.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Ses Indications et Contre-Indications

Le diagnostic et les indications posés, qu'allons-nous faire? Quel traitement allons-nous choisir?

Une femme vient nous consulter ; elle souffre beaucoup, éprouve de la gêne à marcher, et le travail debout — les organes tendant à tomber — lui est pénible. Nous l'examinons et trouvons une déchirure du col; un clou d'Emmet, qui empêche les organes de descendre et provoque la souffrance de cette femme. *Allons-nous lui proposer de porter un pessaire?* Le Professeur Vautrin n'est nullement partisan d'employer ce moyen, et le déconseille même très souvent. Ceci à juste titre, cet appareil présentant de nombreux inconvénients. En premier lieu, pour qu'il ne nuise pas, il faut qu'il soit très surveillé. Il devrait être enlevé très souvent, aux fins de nettoyage, ce qui,

malheureusement, se pratique rarement, et on a vu des femmes porter le pessaire pendant vingt ans, sans jamais l'enlever. Chez d'autres, on a été obligé d'intervenir chirurgicalement pour le retirer, car il finissait par s'incruster. Enfin, chez les femmes jeunes, il présente un réel inconvénient au moment des rapports sexuels.

Pour le cas qui nous intéresse, nous devons renoncer à son emploi, car introduire un pessaire dans un vagin infecté, c'est faire de son mieux pour aggraver l'infection.

D'autre part, le contact du pessaire et du tissu fibreux n'est pas possible.

Faire une trachélorraphie ? Mais disons d'abord, en quelques mots, ce qu'on entend par cette opération, et à quel moment il faut la pratiquer pour qu'elle soit efficace.

C'est une opération qui a été beaucoup pratiquée en Amérique depuis la publication d'Emmet. Elle a été essayée pour la première fois en 1862. Depuis, on y a eu recours, mais moins souvent, en Angleterre et en Allemagne. Beaucoup moins fréquente encore a-t-elle été en France, où Tarnier l'a pratiquée pour la première fois en 1880.

Elle consiste à enlever les tissus anormaux avoisinant la déchirure; à enlever le tissu de cicatrice kystique et à rétablir la continuité de la muqueuse du canal cervical jusqu'à l'orifice externe; puis de bien affronter les surfaces dénudées (D. Emmet).

C'est une opération essentiellement réparatrice, qui rendrait les plus grands services, en amenant une

amélioration, et même en faisant disparaître les troubles, si elle était faite à peu de distance du traumatisme, et avant que l'utérus ait eu le temps de s'infecter.

Le but de cette opération est, en effet, de prévenir l'infection, et non pas de la détruire, en redonnant au col sa forme et en empêchant sa muqueuse d'être en contact continuuel avec une cavité si riche en microbes aérobies et anaérobies (Bernheim, *Thèse Paris*).

La plupart des auteurs nous signalent que cette opération, faite peu après l'accouchement, donne de bons résultats; faite après, quand il y a métrite du col, c'est « enfermer le loup dans la bergerie » disent-ils.

Alors, faire l'opération de Schröder? Elle a deux buts : la suppression des lésions chroniques, et la réfection d'un col abîmé par le traumatisme.

Cette opération s'adresse surtout aux cols déchirés atteints d'endocervicite chronique. Mais, dans l'opération de Schröder, l'excision des portions altérées du col ne peut dépasser l'orifice interne, or, dans le cas qui nous intéresse, le tissu scléreux de la cicatrice s'étend beaucoup plus loin.

Mais alors, restaurer un col ? C'est très bien ; malheureusement la femme continuerait à souffrir, car il resterait encore du tissu cicatriciel, qui comprimerait les filets nerveux.

Le Professeur Vautrin fait ces deux opérations combinées. Après l'examen de la femme, et le diagnostic posé, il lui fait subir un traitement préparatoire (injections vaginales et attouchement du col à la teinture d'iode pendant quelques jours).

L'opération consiste alors à faire un Schrœder d'abord, qui est suivi par la restauration de la déchirure, débridement dans le cul-de-sac vaginal, jusqu'où le tissu cicatriciel se prolonge souvent, et enfin, ablation de ce tissu, puis avivement des deux lèvres, par trois ou quatre points de catgut. Ceci est extrêmement difficile, car souvent on est obligé d'aller très loin pour pouvoir enlever tout ce tissu nodulaire, et il faut agir très prudemment, à cause des vaisseaux qui se trouvent dans le voisinage, et surtout à cause des uretères. En effet, on observe souvent des fistules urétérales à la suite de cette opération, lesquelles, heureusement, guérissent par les cathétérismes, mais, néanmoins, entraînent une infirmité assez prolongée. Nous voyons un pareil cas dans l'observation due à l'obligeance de M. le Professeur Vautrin.

Pour éviter ces difficultés, A.-H. Gælt a inventé un bistouri spécial pour cette opération. Il s'agit d'une lame à deux tranchants, fixée à l'angle obtus, sur un manche assez long. Avec cet instrument, on évite l'emploi des ciseaux, qui souvent coupent mal le tissu induré.

Enfin, on termine généralement cette opération par une ligamentopexie, car, chez la plupart de nos malades atteintes de la déchirure profonde, nous avons observé une tendance vers le prolapsus utérin.

Par ce mode de traitement, nous avons vu toujours, ou presque, de bons résultats. Toutes les malades que nous avons vu opérer par notre Maître, tant dans sa clinique que dans son service à l'Hôpital Civil, et qui ont bien voulu nous donner des renseignements

sur les suites opératoires, nous disent avoir retrouvé une santé parfaite. Deux d'entre elles, dont nous citons plus loin les observations, se trouvent être enceintes et les grossesses se passent très bien. L'une d'elle n'a eu que deux avortements avant l'intervention, quant à l'autre, elle était devenue stérile, après avoir eu deux enfants.

Nous ne voulons pas dire qu'il faut opérer systématiquement. Nous ne voulons pas dire non plus que, par ce traitement, les femmes qui étaient devenues stériles avant, n'y sont plus après l'intervention; mais il est un fait certain, c'est qu'elles ne souffrent plus et qu'elles deviennent aptes à reprendre leurs occupations.

Il est bien évident que cette intervention n'est pas très pratique, et elle est difficile à cause des connexions étroites du col avec les uretères et l'artère utérine, mais, néanmoins, en allant prudemment, on a rarement des complications par la suite.

La seule chose qui est souvent à craindre, c'est la production des fistules urétérales, mais lesquelles arrivent à être guéries, comme nous l'avons montré un peu plus haut.

LES INDICATIONS de cette opération sont fournies par les menorrhagies abondantes, qui anémient la malade. On interviendra donc chaque fois que le traitement ordinaire n'aura pas réussi, et, de même, lorsqu'il y aura écoulement persistant.

L'intervention s'impose surtout, lorsqu'on diagnostique le clou d'Emmet, et lorsqu'il y a de fortes névralgies du col.

LES CONTRE-INDICATIONS. — Ne pas intervenir lorsqu'on constatera une déchirure profonde, dont les bords se seront cicatrisés séparément, et qui ne produit aucun désordre utérin ou péri-utérin.

Enfin, d'après la plupart des auteurs, il ne faut pas intervenir lorsqu'il y a une complication pelvienne péri-utérine, telle que la pelvi-péritonite, l'adeno-phlegmon du ligament large, une ovarite, etc...

QUELLES SONT LES SUITES DE CE TRAITEMENT ?

1° *Tout d'abord, ces opérations sur le col donnent-elles de bons résultats au point de vue fécondation?* Doleris, dans *Gynécologie* de 1900, montre les heureux effets de ces opérations. Il précise l'avantage qu'on obtient déjà par la suppression de la cicatrice fibreuse et de l'atrésie, provoquée par celle-ci. Il insiste sur le résultat, pour l'avenir physiologique de l'organe, qui est la conservation de la forme du canal utérin, de sa perméabilité, de la souplesse et de l'élasticité de ses parois, sans dommage pour la tonicité et la contractilité de son appareil musculaire.

D'après le même auteur, cette opération facilite la pénétration de l'élément fécondant dans le col, et son acheminement dans le trajet utérin.

Bernheim, dans sa thèse, dit qu'on a accusé l'opération de Schröder de ne pas assurer la fécondation, « mais, si elle ne l'assure pas, elle la facilite », dit-il.

La plupart des statistiques sont favorables à ce sujet. D'après Emmet, 17 % des femmes deviennent enceintes après la trachélorraphie, 25 % d'après Wells, et 21 % d'après Ducasse. Naturellement, ces statistiques ont été faites chez les femmes qui ont été

stériles jusqu'à l'intervention et depuis la production de la déchirure.

Cette question a été longuement et longtemps discutée; on en a fait, tour à tour, des éloges et des critiques, mais, quoiqu'il en soit, et nous terminerons là-dessus, le Professeur Vautrin a observé, la plupart du temps, des grossesses survenant chez des femmes ayant été opérées, et dont quelques-unes, peu de temps après. Si nous nous basons sur ce que nous avons vu pendant notre travail, il y a eu, sur six femmes opérées, deux grossesses peu de temps après l'intervention.

2° *Au point de vue grossesse ?* Là, il n'y a nul obstacle, puisque l'appareil sphinctérien n'a pas été intéressé, ou qu'il ne l'a été que dans un but de consolidation (Doleris).

3° *Au point de vue accouchement ?* Dans certains cas, on a pu noter un peu de résistance du col; le travail a pu se prolonger un peu plus que d'habitude, mais les obstacles sérieux sont inconnus. On le conçoit facilement, du reste, puisque les tissus, exactement avivés et réunis, offrent toute la souplesse désirable pour que l'effacement et la dilatation du segment cervical s'accomplissent régulièrement.

On a noté aussi des cas rares, où il a fallu intervenir à cause de la lenteur de la dilatation du col.

Par contre, plus nombreuses sont les observations où l'on signale une rapidité plus grande du travail, rapidité telle, d'après Davenport, Clark, Baer, que

l'enfant était expulsé avant l'arrivée de l'accoucheur appelé (*Thèse Ducasse*).

D'après un grand nombre d'auteurs, l'accouchement se fait à terme, la marche en est normale, et la délivrance s'opère sans aucune difficulté.

Il a été dit qu'on observait assez souvent des accouchements prématurés. Il y a beaucoup d'objections à formuler, car il y a bien des causes qui interviennent telles : le *lymphatisme*, le *nervosisme*, l'*arthritisme*, et de nombreuses autres encore (Bernheim).

En ce qui concerne l'accouchement prématuré, de même que pour les avortements qui surviennent après l'intervention, ici il se pose la question de savoir comment l'opération a été faite. Mais, ce qu'on pourrait constater le plus souvent, s'il était possible de le faire, c'est que l'opération pratiquée sur le col a été mal faite. Très souvent, il arrive une infection consécutive à l'opération, par défaut des soins préliminaires; d'autres fois, on n'a pas enlevé tout le tissu induré, ou bien, on a favorisé l'induration des tissus, en y plaçant trop de fils ou en les laissant suppurer.

En ce qui concerne la stérilité, elle ne devrait jamais se produire après l'opération, si celle-ci a été faite dans de bonnes conditions, c'est-à-dire en faisant attention de ne pas provoquer la stenose du canal cervical, et, d'autre part, en corrigeant les mauvaises positions de l'utérus qui, souvent, ont été provoquées par le tissu cicatriciel de la déchirure.

4° On a prétendu aussi que l'avortement était facilité par cette opération. — L'avortement, dans ce

cas, est assez rare, et d'ailleurs, à ce sujet, il n'est pas facile d'établir de statistiques.

La plupart des auteurs présentent des statistiques, d'après lesquelles les avortements, après l'intervention, sont assez rares, et, d'autre part, quand ils se produisent, ils sont loin d'être fatals.

D'ailleurs, la plupart des observations nous apprennent qu'il s'agissait surtout de femmes qui avaient, soit déjà été sujettes à l'avortement, soit qu'elles l'avaient provoqué, ou s'étaient fatiguées pendant la grossesse.

Donc, en terminant ce chapitre, disons, en résumé : qu'en supprimant par l'excision la muqueuse malade, en enlevant en même temps une certaine portion du col, en réunissant par des points de suture le bord inférieur de chaque lambeau à la paroi cervicale, en enlevant dans toute sa longueur le tissu cicatriciel, et en suturant les deux lèvres de la déchirure, on remplit toutes les conditions nécessaires à un bon fonctionnement physiologique du col, et on supprime — ce qui est le plus important — la douleur à la malade.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*(Observation inédite, due à l'obligeance
de M. le Professeur VAUTRIN.)*

Mme M..., 31 ans, sans profession. Entre à la Clinique le 15 juin 1925.

A l'entrée, troubles vésicaux caractérisés par des mictions fréquentes, suivies de brûlures à l'émission; souffrance dans la région lombaire gauche et vers la fosse iliaque; selles régulières avec tendance habituelle à la constipation, sans entérocolite caractérisée.

Mariée il y a cinq ans. Avortement, après quelques mois, au début de la grossesse. Grossesse il y a quatre ans : enfant mort, après accouchement dystocique.

Deuxième grossesse en 1923. Accouchement difficile, sans anesthésie. Déchirure du périnée et du col.

Troisième grossesse en 1924. Accouchement difficile. Suites assez incidentées.

Mme M..., issue de parents bien portants, a eu, en Angleterre, pendant sa jeunesse, une crise de coliques néphrétiques (rein gauche), terminée sans intervention.

Examen : Rien à la palpation; points douloureux lombaire gauche et fosse iliaque.

Toucher : Utérus prolabé au premier degré; périnée déchiré, ainsi que le releveur; col lacéré; clou d'Emmet à gauche, avec cicatrice de paramétrite profonde. On attribue à cette déchirure profonde les douleurs irradiées à gauche, exagérées pendant la station debout.

Opération : Schröder avec avivement de la déchirure cervicale et débridement dans le cul-de-sac vaginal, ablation du tissu cicatriciel jusqu'à la limite du col et jusqu'au carrefour de l'artère utérine et de l'uretère. Ligature des artères vesicale et vaginale. Ensuite, suture soignée du col au catgut, et de l'incision vaginale. Puis, la colpo-périnéorrhaphie, et, par l'incision de Pfannenstiel, ligamentopexie, pour soutenir l'utérus.

Suites : Pendant quinze jours, apyrémie, mais dès le premier jour, légère douleur dans le rein gauche, qui va s'exagérant jusqu'au quinzième jour. Nausées, inappétence. On accuse d'abord la digestion. Brusquement, le quinzième jour, la malade perd ses urines par le vagin. Aussitôt, les douleurs rénales cessent; le bassinnet, en rétention, se vide. Il s'écoule, par le vagin, une quantité d'urine équivalente au contenu vésical. On reconnaît donc l'existence d'une fistule de l'uretère gauche.

L'urine cesse de couler brusquement, après cinq jours, sans qu'il y ait de nouveau rétention dans le bassinnet gauche. Le cours de l'urine se rétablit.

On en conclut qu'après l'opération l'uretère avait été coudé, stenosé, puis escarrifié sur la coudure. Cicatrisation rapide ensuite de la perte de substance urétérale. Guérison rapide. Départ de la malade après six semaines.

Par la suite, douleurs au rein gauche. Cystite intermittente. Je revois la malade en octobre, et décide un examen du rein et un retour à la Clinique.

Rentre à la Clinique le 6 novembre. Cystoscopie qui ne démontre aucune lésion. Epreuve du bleu de méthylène. Retard du rein gauche dans l'élimination.

Les symptômes s'étant amendés durant son séjour à la Clinique, la malade rentre chez elle avec un régime et un traitement.

Jusqu'en juillet 1926, amélioration dans l'état général peu prononcée; moins de crises de vessie, et moins de douleurs rénales, cependant, état de faiblesse générale.

Revient à la Clinique le 15 juillet 1926. Séjour de trois semaines, pendant lequel on procède à l'examen des reins. On

remarque un uretère gauche rétréci à quatre centimètres de son embouchure vésicale. Une sonde urétérale 13 passe à peine. Le bassinot n'est pas en rétention; on le lave au nitrate d'argent (1/1000). Température 38°, les deux premiers jours. Le rein droit est normal. Son uretère admet la sonde 14.

Mme M... rentre chez elle et, depuis, son état s'est amélioré.

Revient à la Clinique le 10 octobre 1926. Nouveau cathétérisme urétéral. L'uretère gauche admet péniblement le n° 14. Il n'y a plus de rétrécissement apparent. Pas de rétention dans le bassinot gauche. La cystite a disparu à peu près complètement.

Mme M... rentre chez elle, avec un régime alimentaire, destiné à combattre quelques troubles digestifs.

Les symptômes urinaires ont disparu presque complètement. Des nouvelles récentes nous apprennent que la malade est définitivement guérie, sans aucun trouble urinaire persistant. (Janvier 1927.)

OBSERVATION II

*(Due à l'obligeance de notre ami, le Docteur CHARLES,
Chef de Clinique Chirurgicale)*

Mme C..., est âgée de 35 ans. De nationalité suisse. Sans profession.

Du côté des antécédents héréditaires, de même que personnels, rien à signaler.

Elle a été réglée à 14 ans. Règles toujours régulières et assez abondantes. Son mari est très bien portant. Elle a eu deux grossesses. Pas de fausses-couches. Son premier accouchement remonte à 10 ans. Le deuxième, il y a 7 ans. Les accouchements et les suites de couches ont été normales, au dire de la malade.

Quelques mois après le premier accouchement, la malade a commencé à se plaindre de pesanteurs dans le bas-ventre, de douleurs lombaires, ainsi que de pertes blanches très abondantes. Elle a été soignée à Paris, il y a trois ans, et le médecin lui aurait fait une intervention sur le col, sur laquelle nous n'avons aucun renseignement.

Elle est venue consulter au mois de janvier. En ce moment, elle se plaignait d'avoir toujours mal dans le bas-ventre et ces douleurs sont surtout marquées à gauche. La malade est dans un état très mauvais et est forcée de garder le lit la plupart du

temps. Troubles du côté du système nerveux., Neurasthénie Anorexie.

Avec un traitement médicamenteux, on arrive à remonter l'état général.

A l'examen gynécologique, on trouve un gros col de métrite, avec ulcération sur la lèvre antérieure. Puis, à gauche, il y a une déchirure profonde, à l'état de cheville cicatricielle. Au toucher de celle-ci, douleurs très intenses. Paramétrite gauche. Un utérus encore relativement mobile, mais dévié légèrement à gauche par la paramétrite.

Par un traitement, au moyen des cautérisations intracervicales par Eranol, avec, en plus, douze columnisations, on arrive à des résultats satisfaisants.

Au mois d'avril, la paramétrite gauche a disparu, les culs-de-sac sont souples et l'ulcération du col a cédé à l'Eranol. Néanmoins, la malade garde toujours un col gros, et continue à avoir des douleurs à gauche. On propose une intervention à la malade, qui l'accepte pour se débarrasser de ses douleurs.

Le 10 mai 1927, on fait d'abord un Schröder, suivi d'extirpation de la bride cicatricielle et de la suture des lèvres de la déchirure. On termine par une ligamentopexie.

Les suites d'intervention ont été normales.

Actuellement, le toucher n'est plus du tout douloureux. Les douleurs dans le bas-ventre, ainsi que dans les reins ont disparu complètement. La force et l'appétit sont revenus. Et, ce qu'il y a surtout à remarquer, c'est que la malade a retrouvé la gaieté, après une période assez longue de neurasthénie.

OBSERVATION III (PERSONNELLE)

(Recueillie dans la clinique de M. le Professeur VAUTRIN)

Mme X... Agée de 31 ans, sans profession, habitant Pagny-sur-Moselle. Femme de taille plutôt petite. Du côté des antécédents héréditaires, sa mère est morte du néo de l'utérus. Père asthmatique. A trois sœurs, dont une paraît être atteinte d'une lésion aux poumons; une autre a subi une laparotomie il y a quelques années. La malade ne peut fournir aucun renseignement précis à ce sujet.

Du côté des antécédents personnels, rien à remarquer. Elle a toujours été bien portante. Réglée à 15 ans. Règles irrégulières, apparaissant toujours avec quelques jours de retard; pas trop abondantes. A chacune de ces apparitions, la malade souffrait beaucoup. Pas de pertes blanches.

A deux enfants bien portants.

Le premier accouchement remonte en 1915. La grossesse s'est passée normalement. L'enfant est venu à terme, mais on a été obligé de faire une application de forceps. Accouchement très laborieux. La malade, n'ayant pas consulté durant sa grossesse, n'a pu fournir aucun renseignement nécessaire sur les causes d'application de forceps. Il paraîtrait qu'il n'y a pas eu de déchirures à ce moment. Elle a dû rester alitée deux mois, ayant beaucoup souffert. Pas trop de précisions non plus sur ce mal. A ce moment, les mictions ne se faisant pas, on a dû la sonder pendant quinze jours successifs. Comme traitement, on a employé les bains de vapeur.

Le deuxième accouchement, datant de 1917, s'est passé tout à fait normalement.

La malade vient consulter notre Maître, le Professeur Vautrin. Elle se plaint de douleurs dans tout le ventre, s'irradiant jusqu'aux cuisses et même jusqu'aux genoux. Ces douleurs ont surtout commencé depuis le 4 novembre 1926, en augmentant de jour en jour. Elles débutent, soit dans la fosse iliaque gauche, soit dans la droite, et s'irradient ensuite partout. Les nuits sont assez tranquilles, et sa souffrance est moins vive lorsqu'elle est assise.

Elle a déjà vu trois médecins, qui lui ont prescrit, à tour de rôle, simplement des injections chaudes. On a causé d'annexite.

Avant de venir consulter M. le Professeur Vautrin, le médecin traitant avait dû lui prescrire une potion à la morphine, pour calmer ses douleurs.

Depuis le 4 novembre, la malade a commencé à perdre du sang presque journellement. En même temps, elle s'est trouvée sujette à la constipation, et restait trois à quatre jours sans aller à la selle, ce qui l'obligeait à prendre force laxatifs. Les mictions se font bien.

On procède à l'examen général. Femme de taille assez petite, mais de bonne constitution. Du côté de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire, rien à remarquer. Du côté du tube digestif, rien à dire non plus, si ce n'est la constipation en dernier.

La palpation produit une douleur vive dans la fosse iliaque gauche.

Au toucher vaginal, on trouve un col utérin qui est situé assez bas, de consistance et volume normaux, dont la forme est plutôt irrégulière. L'orifice externe est béant. La lèvre antérieure moins dure que la postérieure. Le corps utérin est en position normale. Dans le cul-de-sac latéral droit, un peu d'empâtement. La pression avec le doigt provoque une sensation désagréable.

Quant au cul-de-sac latéral gauche, on n'arrive pas à y introduire le doigt, car une bride, qui part de la lèvre postérieure, obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, l'en empêche. D'autre part, nous n'insistons pas, car, au moindre contact, la malade crie, tant elle souffre.

La malade entre à la Clinique au mois de novembre 1926. Après un traitement préparatoire, on intervient. On commence par faire un Schröder. Puis, ablation du tissu cicatriciel, qui est rendue très difficile par son étendue. Après de longs efforts, on arrive à exciser tout le tissu cicatriciel. Avivement des lèvres avec quelques points de catgut. Puis on fait la ligamentopexie.

Après la guérison complète, elle sort de la Clinique au mois de janvier 1927.

Suites : Comme à toutes les malades que nous avons vues, nous lui avons aussi demandé de nous donner quelques renseignements de temps à autre. Les suites de l'opération ont été très bonnes. Elle n'a plus du tout souffert.

Juin 1927 : Nous avons reçu des nouvelles nous annonçant qu'elle est enceinte de deux mois, et que la grossesse se passe normalement jusqu'ici.

OBSERVATION IV (PERSONNELLE)

(Recueillie dans la clinique de M. le Professeur VAUTRIN)

Mme Marie B..., couturière. Agée de 32 ans. Toujours bien portante. Du côté des antécédents héréditaires, rien à signaler qui puisse retenir notre attention.

Réglée à 18 ans. Règles irrégulières et très abondantes. Mari bien portant. A eu deux enfants. Pas de fausse-couche.

Le premier accouchement, date de 1921. Il a été très laborieux et a nécessité l'application du forceps, d'où déchirure profonde du col du côté gauche, puis, au bout de trois jours, infection puerpérale. La malade a gardé le lit pendant un mois. A la suite d'un repos et d'un traitement, tout est rentré dans l'ordre.

Le deuxième accouchement date de 1924. Accouchement facile. Il y a eu une déchirure du périnée, qu'on a suturée avec deux points de crin.

Depuis les accouchements, la malade a des règles beaucoup plus abondantes, et surtout très douloureuses, mais toujours irrégulières. Il y a de la leucorrhée, principalement depuis quelques mois.

La malade vient consulter le Professeur Vautrin au mois de

janvier. Elle se plaint de douleurs dans le ventre, et particulièrement du côté gauche. Elle souffre surtout debout. Depuis le mois d'octobre 1926, sa souffrance est tellement vive que tout travail lui est impossible.

Au mois de janvier (le 16) elle a eu une crise d'appendicite.

État actuel : Malade très amaigrie. État général déficient. A l'examen vaginal, on trouve un col déchiré des deux côtés, surtout à gauche. La cicatrice remonte dans le cul-de-sac vaginal. Utérus mobile. Annexite à gauche.

Sur le conseil du Professeur Vautrin, elle entre à la Clinique. Au bout de quelques jours on intervient. La malade se porte bien en sortant.

Intervention : Schrøder. Ablation du tissu cicatriciel et ligamentopexie. On profite de la laparatomie pour faire une appendicectomie.

Suites : Normales.

OBSERVATION V (PERSONNELLE)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur VAUTRIN)

Mme A. Th... Agée de 44 ans. Ménagère, habitant Vandœuvre. Rentre à l'Hôpital au début du mois de novembre. Rien à retenir du côté antécédents héréditaires.

Réglée à 14 ans. Règles régulières, peu douloureuses. Pertes blanches.

Mariée à 20 ans. Mari bien portant.

A eu sept enfants. Pas de fausse-couche. Le dernier accouchement remonte à 1919.

Il y a deux ans, la malade a fait un effort et a senti un craquement du côté droit, dit-elle. A ce moment, elle n'a rien observé d'anormal, et ce n'est qu'au bout d'un an qu'elle a senti quelque chose sortir à la vulve. Depuis, ceci n'a fait que s'accroître, à tel point que la malade ne pouvait plus marcher, lorsqu'elle s'est présentée à nous. Elle a de fortes douleurs, qui l'obligent à rester couchée. Les règles sont toujours normales.

A l'examen, nous trouvons un ventre volumineux et ptosé. En faisant tousser la malade, on aperçoit, au niveau de la vulve, une tumeur molle, rosée, qui rentre dès que l'effort cesse : cystocèle.

A l'examen vaginal, le col utérin présente une grande fissure latérale gauche, qui remonte assez haut. Il existe une bride cicatricielle, qui s'est produite à la suite de cette déchirure, et qui

retient les organes tendant à être prolabés. Ceci nous explique les grandes douleurs de la malade, précisées par le toucher.

A gauche, salpingo-ovarite. Le fond de l'utérus est situé très haut. Le cul-de-sac antérieur est abaissé.

Après quelques jours de traitement à l'Hôpital, on intervient, et le Chef de Clinique, le Docteur Charles, fait un Schröder et une ligamentopexie.

La malade a quitté l'Hôpital satisfaite, en très bonne santé. Nous n'avons pas eu de ses nouvelles depuis.

OBSERVATION VI (PERSONNELLE)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur VAUTRIN)

Mme V..., de Toul. Agée de 30 ans. Au point de vue antécédents personnels, la malade présente un passé très chargé. Elle a d'abord eu une maladie nerveuse, avec anémie accentuée. Il y a cinq ans, elle a souffert d'un ulcère à l'estomac; de plus, elle a été traitée longtemps pour de l'entérite, puis a eu une angine.

Réglée à 11 ans. Règles irrégulières, apparaissant parfois au bout de six semaines, d'autre fois, tous les deux mois. Abondantes et très douloureuses. Leucorrhée.

Mariée à 23 ans. Mari atteint d'une maladie de foie. A eu trois grossesses. Le premier accouchement date de 1920. La grossesse s'est bien passée. L'enfant est venu à terme. Accouchement très laborieux. L'enfant pesait 4.250 grammes. La malade a été très longue à se remettre de cette couche.

Après deux ans, elle ressent de fortes douleurs dans tout le bas-ventre. Celles-ci ne disparaissaient que lorsqu'elle se couchait; tout travail lui était impossible. Au moment des rapports sexuels, elle souffrait beaucoup. Le médecin l'a soignée pour de la métrite et, en même temps, a trouvé une déchirure profonde du col, du côté gauche.

Puis, au bout de quelques mois, elle a perdu beaucoup de caillots. Un médecin appelé pose le diagnostic de fausse-couche de six semaines.

Il y a deux ans, la malade se trouve de nouveau enceinte. Les douleurs subsistent toujours. Au quatrième mois de la grossesse, elle perd du sang à deux reprises et, pendant trois jours chaque mois. Accouchement à terme, très difficile. Gros enfant. Déchirure du périnée. Suture avec deux points.

État actuel : Malade très anémiée. Souffre beaucoup. Les douleurs vont s'intensifiant depuis le dernier accouchement, surtout

à gauche. Elle perd beaucoup en rouge, puis a de la leucorrhée. Chaque mois, la malade doit garder le lit pendant dix à douze jours.

Vient consulter à l'hôpital sur l'avis d'un médecin. Elle a des syncopes fréquentes. Rentre dans le service de M. le Professeur Vautrin, le 19 janvier.

A l'examen : Déchirure bilatérale du col utérin, surtout à gauche. Lèvres éversées. Muqueuse boursouflée. Corps de l'utérus antéfléchi. Légère mobilité. A gauche paramétrite avec légère annexite. Rien à droite.

Opération : Dilatation et Schröder.

OBSERVATION VII (PERSONNELLE)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur VAUTRIN)

Mme H..., 25 ans, vient consulter à l'Hôpital Civil, le 31 janvier 1927. Elle n'a jamais été malade. Réglée à 15 ans. Règles régulières, assez abondantes et pas douloureuses.

Mariée en 1925. Mari bien portant.

La malade devient enceinte aussitôt après le mariage. La grossesse se passe bien. Puis elle fait une fausse-couche au quatrième mois. Elle entre à l'hôpital et, au bout de deux mois, on lui fait un curetage. Elle est sortie tout en ayant des douleurs dans le ventre et surtout à gauche.

Elle se trouve enceinte pour la deuxième fois. La malade consulte à cette époque, car elle souffrait beaucoup et avait une leucorrhée abondante. Le médecin porte le diagnostic de métrite et lui ordonne un traitement, qu'elle a suivi, et tout est rentré dans l'ordre. Au deuxième mois, elle fait une nouvelle fausse-couche.

Vers la fin du mois de janvier 1927, elle se plaint de fortes douleurs dans le ventre, douleurs continues et qui empêchent le sommeil. Leucorrhée toujours abondante. Le médecin lui prescrit le repos et le traitement habituel. La malade reste cinq à six jours alitée, puis commence à perdre en rouge. Les pertes ne sont pas abondantes, mais continues et s'accompagnant de fortes douleurs. A ce moment, le médecin lui conseille de rentrer à l'hôpital.

La malade vient consulter à l'hôpital et on l'y admet.

État actuel : La malade est très anémiée et souffre beaucoup. Les pertes rouges continuent. A l'examen, on trouve un gros col

avec une déchirure assez profonde à gauche. L'utérus est gros, infecté. Toucher très douloureux.

Après un certain temps de repos et un examen plus approfondi, M. le Professeur Vautrin décide de faire une dilatation d'abord, Schröder et excision de tissu nodulaire ensuite.

L'état général après l'intervention est très satisfaisant.

Suites : La malade a quitté l'hôpital sans être remise tout à fait. Mais en quittant ici elle est allée à l'hôpital Dombasle. Nous nous sommes intéressé à cette malade, à cause de la particularité qu'elle présentait. Elle n'a jamais eu d'enfants, en effet, mais à l'examen nous avons trouvé une déchirure profonde.

5 juillet : Nous avons reçu des nouvelles de notre malade. Elle nous dit être enceinte depuis le mois de mai. Jusqu'ici tout va bien. Il serait intéressant de suivre sa grossesse, pour voir si elle la mènera à bout. Nous y croyons et nous ne manquerons pas d'avoir de ses nouvelles (juillet).

OBSERVATION VIII (PERSONNELLE)

(Recueillie dans le service de M. le Professeur VAUTRIN)

Mme S..., femme de chambre. Agée de 31 ans. Entre à l'hôpital le 9 mars 1927.

Elle a toujours eu un état général déficient. Pas de maladies antérieures importantes.

Réglée à 16 ans. Les règles sont apparues une fois seulement, puis l'arrêt complet jusqu'à 18 ans. A ce moment elles deviennent régulières, à part lorsqu'elle se déplace en voyage, elle a toujours eu des retards de dix à quinze jours. Les règles durent huit jours et ne sont pas douloureuses. Pertes blanches dans l'intervalle.

Elle a eu un enfant. Elle a accouché à la Maternité, le 8 février 1927. Accouchement à terme. Elle aurait été admise à la Maternité au sixième mois de sa grossesse, parce qu'elle présentait de l'œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres. Elle a été mise au repos et a suivi un régime. En même temps on l'a traitée pour l'anémie. L'accouchement a été très laborieux. Elle a perdu les eaux dimanche soir et a accouché

mardi matin. On a été obligé de faire une application de forceps. Enfant de sexe masculin, pesant 3.780 grammes. Il y a eu une déchirure du périnée. On a posé deux agrafes et quatre points de catgut.

Elle a quitté la Maternité au dixième jour.

Le 1^{er} mars, la malade a eu des malaises, des maux de tête, un frisson, puis des douleurs dans les mollets. Température de 41°. On fait un traitement. Injections journalières et glace sur le ventre. Pertes rouges abondantes. Ceci durant quelques jours. Le médecin lui conseille de rentrer à l'hôpital.

A l'entrée, la malade a un facies très anémié et souffre beaucoup. Elle a de la température. Les pertes rouges ont diminuées. A l'examen gynécologique, on trouve un col gros et entr'ouvert. Déchirure bilatérale et surtout marquée à gauche. Paramétrite gauche. Toujours de ce côté, on sent une tuméfaction et on porte le diagnostic d'un phlegmon du ligament large. Trompe douloureuse. Rien à droite.

On met la malade au repos absolu. Avec la désinfection vaginale et l'emploi des tampons à la glycérine ichtyolée, on évite à la malade une intervention.

Elle sort guérie au bout de quelques jours. Vu l'état de son col, on lui prescrit un traitement hygiénique.

OBSERVATION IX (DUCASSE)

Mme K..., 20 ans, vient à la clinique de M. Doleris, en janvier 1888. Réglée à 10 ans. Menstruation régulière assez abondante, pas de leucorrhée.

Mariée à 17 ans. Devenue enceinte immédiatement après. Fausse-couche de six semaines, mal soignée dans ses suites. Nouvelle grossesse et accouchement à terme, au forceps, d'une fille vivante. Délivrance naturelle, suites normales. Mais à partir de cette époque, leucorrhée excessivement abondante, règles irrégulières, douleurs dans l'aîne gauche, malaise général, nausée, vomissements, nervosisme.

A l'examen, on trouve une double lacération du col, avec éversion des lèvres, ancien ectropion cicatriciel, avec saillie des glandes kystiques.

Le 2 janvier 1888, sous le chloroforme, abaissement du col et opération d'Emmet, avec suture à la soie des parties cruentées.

Les suites de l'opération furent normales. Le 17, on constate que le col est restitué dans sa forme et que la réunion est parfaite.

Peu de temps après, l'opérée devenait enceinte. L'accouchement se fit à terme, le 5 décembre 1888.

Le travail fut court, d'une durée totale de cinq heures ; expulsion spontanée d'une fille (O.I.G.A.) ; extraction manuelle du placenta, nécessitée par une hémorragie. Suites de couches excellentes. Du côté du col il existe deux petites encoches, qui se séparent lentement sous les précautions antiseptiques.

OBSERVATION X (Thèse DUCASSE)

Mme F..., 26 ans, demeurant au Creusot, entre à la clinique de M. Doleris, le 3 mai 1887.

Ses antécédents héréditaires et personnels sont excellents. Règles apparues à 16 ans, irrégulières, peu abondantes, non douloureuses. Mariée en 1883, elle accouchait un an après, faisait une fausse-couche de deux mois, en 1886 ; depuis, douleurs dans le ventre et les reins ; nervosisme.

État actuel : Lacération profonde du col, à droite, dépassant le cul-de-sac vaginal ; éversion de la lèvre postérieure ; hernie de la muqueuse ; douleurs et hypersécrétion ; hystérométrie 7 centimètres ; utérus mobile.

Opérations : Le 4 mai 1887, on introduisit dans le col une tige de laminaire qui fut retirée le lendemain.

On put, grâce à la dilatation, apercevoir la muqueuse intra-cervicale et la cautériser avec la créosote pure.

Le 7 mai, sous le chloroforme, on abrasa au bistouri les deux lambeaux de la lacération, en ayant soin de détruire le tissu cicatriciel profond, quatre points de suture à la soie terminèrent cette trachélorraphie. Grâce à la chloroformisation, on put constater un certain degré de prolapsus utérin et relâchement de la paroi vaginale postérieure ; on fit une colpopérinéorraphie.

Les suites opératoires furent normales.

Le 25 mai, on constate que le col, complètement modifié dans

sa forme, était entièrement restauré; que le vagin rétréci avait sa paroi postérieure tendue et résistante, jusqu'au voisinage du col.

La malade quitta la clinique en bon état; la guérison du col s'est maintenue, mais en novembre, elle se plaignit de douleurs attribuables à son prolapsus utérin, dont le traitement est à compléter.

Le 28 mars 1889, elle écrit à M. Doleris et lui annonce qu'elle est enceinte de cinq à six mois, et qu'elle supporte sa grossesse sans malaise ni douleurs.

OBSERVATION XI (*Thèse* BERNHEIM)

Mme C..., nerveuse héréditaire, fille d'arthritique.

Accouchement, en 1886, au forceps, par M. Doleris, à la suite de cinq à six tentatives infructueuses du médecin. Suites régulières, mais il est évident que, par suite de la longueur du travail et des tentatives d'application du forceps, les ligaments, le vagin et le plancher pelvien ont fortement souffert.

Périnée intact. Il existe, sur la paroi postérieure du vagin, une entaille partant de la déchirure latérale gauche du col et se dirigeant à gauche et en avant.

Opération secondaire de ce traumatisme. Cicatrice rétractile, rétroversion consécutive.

La malade est revenue en 1889. Rétroversion, leucorrhée, métrite cervicale, cicatrices du col. Releveur et périnée intacts. Traitement, pendant cinq mois, par tampons et injections chaudes. Amélioration. Rétroversion réductible. Quand l'utérus est ramené en avant, la bride cicatricielle subit une traction nette.

Opération le 17 novembre 1890. Curettage des fongosités, abrasion profonde du col, préférée à l'Emmet en raison de la cervicite intersticielle reconnue. Section transversale en deux points, puis déchirure de la bride avec les doigts. L'utérus diminue de volume, libéré de ses attaches postérieures, reste en antéversion.

Devient enceinte au commencement de 1894. Très nerveuse, se fatigue à l'excès, prend froid. Avortement; rétention placentaire, délivrance artificielle. Suites simples.

OBSERVATION XII (*Thèse* BERNHEIM)

Mme H..., 26 ans, chapelière, réglée à 16 ans $\frac{1}{2}$, régulièrement. Perdait beaucoup chaque fois, pas de douleurs.

Première grossesse à 18 ans. Accouchement normal à terme; fille morte à 17 jours.

Deuxième grossesse un an après. Accouchement normal à terme; garçon mort du croup à 13 mois.

Troisième grossesse : fausse-couche de 3 mois $\frac{1}{2}$.

Quatrième grossesse : fausse-couche de 3 mois.

En somme, il y a eu neuf grossesses, dont deux fausses-couches. La malade n'a gardé qu'un enfant, qui a 28 mois et se porte bien.

Depuis sa dernière grossesse, douleurs vives au moment des règles, dans l'hypogastre et dans les reins. Les règles durent de huit à dix jours. Leucorrhée abondante, malade affaiblie.

A l'examen : Col gros, déchiré à gauche, muqueuse en ectropion, curage et opération de Schröder, le 25 mai 1891, par M. Malapert, interne de service. Suites opératoires ordinaires.

30 mai 1892 : La malade, enceinte de trois mois, a des métrorragies pour lesquelles elle est allée à la maternité Fenon, consulter M. Champetier de Ribes, qui nous envoie la malade pour l'examiner au point de vue du résultat de l'opération Schröder.

M. Richelot constate que le col est bien cicatrisé, sans ulcérations. Il a été déformé par l'opération, reste dur. L'hystéromètre flexible, introduit dans l'orifice externe du col avec ménagement, en raison de l'état de grossesse, permet de constater la perméabilité complète.

OBSERVATION XIII (*Thèse* BERNHEIM)

Mme K..., 20 ans. Deux mois après son mariage, fausse-couche de six semaines. Nouvelle grossesse peu après. Accouchement au forceps. Déchirure profonde du col. Trois ans de stérilité. Leucorrhée. Douleurs.

Curettage et Schröder, le 2 janvier 1888. Suites normales. Grossesse presque immédiate. Accouchement à terme, le 5 décembre 1888. Travail très court, durée totale : cinq heures. Expul-

sion spontanée d'une fille. Sommet (O. I. G. A.). Poids : 3.200 grammes. Suites normales.

Examen ultérieur : Deux petites encoches latérales sur le col. Guérison. Nouvelles grossesses et accouchements normaux depuis.

OBSERVATION XIV (*Thèse* BERNHEIM)

Mme R..., 32 ans, mariée depuis dix ans. Deux enfants. Stérile depuis quatre ans. Règles douloureuses, douleurs dans les lombes et le bas-ventre, leucorrhée très abondante.

Vient consulter le Docteur Doleris, au mois de novembre 1888. A l'examen on trouve : col conique ulcéré, déchirures multiples.

Opération en février 1889. Curetage Schroeder.

Devenue enceinte l'année suivante, février 1890. Grossesse normale, accouche le 5 novembre 1890. Accouchement normal.

OBSERVATION XV (*Thèse* DUCASSE)

Déchirure du col s'étendant jusqu'à la voûte du vagin. Cinq grossesses terminées par cinq avortements, entre le quatrième et le sixième mois. Déchirure opérée suivant la méthode d'Emmet : deux grossesses survinrent ensuite ; elles furent tout à fait normales et se terminèrent par l'expulsion d'un enfant à terme et vivant. Il n'y eut plus d'avortement.

OBSERVATION XVI (*Thèse* DUCASSE)

(W.-S. PLAYFAIR, *Méd. Times and Gar.*, p. 340, 1885)

Femme de 25 ans. Lacération bilatérale très accentuée, avec hyperplasie des tissus, éversion des lèvres, granulations. En mai 1882, opération d'Emmet. Disparition de la douleur, des métrorragies. Menstruation régulière.

Depuis, l'opérée, non seulement s'est maintenue en bonne santé, mais elle a donné naissance à un enfant, ce qui prouve que

la stérilité, existant depuis plusieurs années avant l'opération, a aussi été guérie.

Le col n'a point subi de nouvelle déchirure. L'opérée est de nouveau enceinte.

OBSERVATION XVII (Résumée) [DUCASSE]

(JUILLARD, *Nouv. Arch. d'Obs. et de Gyn.*, p. 645, 1886)

Mme D..., Agée de 27 ans. Cinq couches normales, pas de fausse-couche. Endométrite cervicale, déchirure bilatérale du col utérin, ectropion de deux lèvres, rétroversion de l'utérus.

Opérée le 20 février 1885. Dans les premiers jours du mois, elle vient faire confirmer à M. le Professeur Vullié, un état sur lequel elle avait conçu, depuis quelques jours, de sérieuses inquiétudes. On constate, en effet, une grossesse de quatre mois à quatre mois et demi.

On avait fait, sur une femme enceinte de deux mois environ, l'opération de la trachélorraphie, sans interruption de la grossesse.

L'accouchement se fit à terme et normalement. Il ne s'écoula point de sang pendant la période de la dilatation. Les suites de couches se passèrent aussi normalement. Le col ne présenta aucune déchirure, ni ancienne, ni nouvelle.

OBSERVATION XIX (Résumée)

(P. BAR. *Thèse CARDEILLAC*)

Mme G... Agée de 21 ans. Frangeuse. Entre à la Maternité, salle de M. Tarnier, service de Gynécologie, le 16 août 1880.

D'une bonne santé habituelle, elle a été réglée pour la première fois à l'âge de 12 ans, et depuis cette époque les règles ont été régulières.

Il y a deux ans, après une grossesse normale, elle est accouchée naturellement et rapidement. Depuis cette époque, elle n'a cessé de souffrir dans l'abdomen, accusant, pendant la marche, de vives douleurs dans la région des reins, douleurs qui s'accroissent surtout

au moment des périodes menstruelles, pendant lesquelles la malade était obligée de garder le lit.

Examen pratiqué le 17 août 1880. Le toucher vaginal permet de constater que, sur le côté du museau de tanche, il existe une déchirure profonde, qui s'étend de l'orifice externe au cul-de-sac latéral gauche du vagin. Quand on applique le spéculum, les deux lèvres du museau de tanche s'écartent largement et laissent voir, sur une grande étendue, la muqueuse intra-cervicale qui présente une large ulcération d'apparence granuleuse.

Si on laisse les deux vulves se rapprocher, les lèvres du museau de tanche finissent par s'appliquer l'une contre l'autre; mais, pour obtenir ce résultat, il faut que la pression soit assez forte car, abandonnées à elles-mêmes, ces lèvres tendent à s'écarter en produisant une sorte d'ectropion.

Le 24 août, opération d'Emmet.

Le 28, la malade a ses règles, qui surviennent en avance sur la date supposée et qui durent jusqu'au 1^{er} septembre. Contrairement à ce qui se passait avant, pas la moindre douleur.

Le 5, la malade sort guérie.

OBSERVATION XX (TEDENAT. Thèse CARDEILLAC)

Mme D... Agée de 26 ans. Lymphatique, d'assez bonne constitution, a accouché depuis six mois. L'accouchement a été laborieux, bien que l'enfant ait été expulsé par les seuls efforts de la nature. Depuis lors, malgré un repos d'un mois au lit et des soins de toutes sortes, cette jeune femme souffre dans le bassin, surtout à gauche, au-dessus de l'arcade crurale et dans la région lombaire. Elle marche péniblement, le corps porté en avant. Leucorrhée hémorragique habituelle; depuis trois mois, abondantes hémorragies, dix à douze jours.

Plusieurs cautérisations avec le nitrate d'argent ont été pratiquées sur le col et dans la cavité, sans résultat appréciable; les injections chaudes, les bains de siège n'ont pas mieux agi et, depuis trois mois, la malade a abandonné tout traitement. Elle est pâle, amaigrie...; le 10 juin, je fus appelé en consultation par M. Guichot, qui la soigne depuis cinq mois. Le col est gros, entr'ouvert : ectropion volumineux, déchirure de la commissure gauche, sur une longueur de deux centimètres. L'utérus est refoulé un peu du côté droit, par suite d'une inflammation paratérine, à gauche. Il a perdu sa mobilité et la malade souffre

vivement, pour peu qu'on presse sur le col pour le ramener à sa situation normale. Pendant vingt jours, la malade pratique, matin et soir, une injection d'eau salée très chaude, de cinq minutes de durée, et applique, le soir, un tampon enduit de pommade d'iodoforme. Les douleurs dominent, la leucorrhée est moins abondante, mêlée de moins de sang. L'utérus est moins dévié, plus mobile, indolore; le volume du col a diminué, mais la déchirure ne s'est pas modifiée, l'ectropion, très peu.

Le même traitement est continué jusqu'au 15 juillet. La malade se trouvant beaucoup mieux, elle va à Montpellier. L'utérus a sa mobilité normale et est indolore; ectropion peu diminué, la déchirure persiste. Le 17 juillet, cautérisation avec le thermocautère, bien limitée aux lèvres de la plaie et peu profonde. Des tampons iodoformés, placés dans les culs-de-sac et changés tous les jours, destinés à rapprocher les deux lèvres. Le 28 juillet, la moitié supérieure de la déchirure est cicatrisée. Le 6 août, nouvelles cautérisations. Le 20 août, la déchirure était complètement cicatrisée et, après une courte saison aux bains de mer, Mme D... était complètement guérie. Elle l'est toujours, il n'y a ni douleur, ni leucorrhée et les menstrues durent quatre ou cinq jours, comme autrefois.

CONCLUSIONS

I. — Attacher une grande importance au diagnostic de la déchirure du col, et le poser, sans perdre de temps. Dès que celui-ci est établi, intervenir par le procédé que nous avons décrit, — s'il s'agit du clou d'Emmet, — car plus tôt on interviendra, plus vite la femme sera débarrassée et retrouvera son état normal.

II. — Il faut savoir que le traitement, par les procédés ordinaires, tels que : cautérisation, injections vaginales, attouchements et autres, ne réussit pas, et que, plus on s'obstine à l'employer, plus on éprouvera de difficultés à faire l'opération à un moment plus ou moins éloigné, et qui est inévitable.

III. — Le procédé du traitement, tel que nous venons de l'exposer, n'influe nullement, ni sur les grossesses, ni sur les accouchements ultérieurs. Ceux-ci suivent leur cours normal.

IV. — Avec ce traitement, les femmes perdent la stérilité, qu'elles ont gardée parfois plusieurs années.

V. — On a dit que les déchirures se reproduisaient après les accouchements ultérieurs. Ceci arrive tellement rarement qu'il ne faut y attacher aucune importance.

VI. — Enfin, nous insistons sur la précocité du diagnostic, ceci afin de pouvoir rendre au plus tôt au col utérin son fonctionnement normal, ce qui évitera un grand nombre de complications, locales et générales.

Vu :

Nancy, le 20 Juillet 1927.

Le Président de la thèse,

M. FRUHHINSHOLZ.

Vu :

Nancy, le 20 Juillet 1927.

Le Doyen,

L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Nancy, le 24 Juillet 1925.

Le Recteur de l'Académie,

C. H. ADAM.

Membre de l'Institut.

BIBLIOGRAPHIE

- AGATHONOFF. — Lacération du col utérin. Trachelorrhaphie d'Emmet.
- AHLERS (A.). — Beitrag zur Aetiologie der Cervixrisse. Greiswald, 1904.
- ARTIÈRES (C.). — De la déchirure du col de la matrice. *Thèse de Montpellier*, 1891.
- ASTIER (E.). — Contribution à l'étude du système nerveux utérin. *Thèse de Lyon*, 1919.
- AUDEBERT. — Annales d'Obstétrique et Gynécologie, 1898.
- AUVART. — De la stérilité chez la femme.
- BALDY (J.-M.). — Laceration of the cervix uteri. *Tr. An. Gynec. Soc. Phila.*, 1903.
- BAR-BRINDEAU-CHAMBRELENT. — Pratique de l'art des accouchements.
- BAUDSON (R.). — Des déchirures du col propagées au segment inférieur. *Thèse de Paris*, 1911.
- BECAVIN. — Contribution à l'étude anatomique et histologique du col de l'utérus. *Thèse de Paris*, 1914.
- BELVAL (D.). — Contribution à l'étude des déchirures du segment inférieur de l'utérus. *Thèse de Lyon*, 1901.
- BERNHEIM. — *Thèse de Paris*, 1899.
- BRUNCKEN ET MEZINECESCU. — Note du système nerveux intra-utérin. *Société de Biologie*. Paris, 1903.
- BRUNEL. — Traitement des ulcérations et granulations cervicales par l'acide picrique. *Poitou Médical*. Poitiers, 1910.
- CADIERGUES. — *Revue pratique d'Obstétrique et de Gynécologie*. Paris, 1906.
- CARDEILLAC (E.). — Des déchirures du col de l'utérus. *Thèse de Montpellier*, 1890.

- COLYER (S.). — The relation between the time of rupture of the fetal membranes and lacerations of the cervix uteri. *Brit. Med. J.* London, 1909.
- CONTENCIN (L.). — *Thèse de Montpellier*, 1903.
- CORNIL. — Recherche sur la structure de la muqueuse du col utérin normal. *Journal d'Anatomie*, 1864.
- COT (L.). — De la déchirure du col de la matrice. *Thèse de Montpellier*, 1895.
- DAMAY ET LAYDESKER. — Manie confusionnelle aiguë par métrite du col. *Écho Médical du Nord*. Lille, 1910.
- DARLING (L.-B.). — Spontaneous transverse laceration. *N.-York State J. M.* N.-Y., 1910.
- DEMLIN. — *Thèse de Paris*, 1888.
- DE NEEN (D.-E.). — Laceration of the cervix uteri. *Am. Y. Clin. in Chicago*, 1907.
- DESVENINE. — Lésion du col. *Thèse de Paris*, 1879.
- DOLERIS. — Influence des opérations plastiques pratiquées sur le col. *Gynécologie*, 1900.
- DOLERIS. — *Nouvelles Archives de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1888-89.
- DOLERIS. — *Nouvelles Archives de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1890.
- DOLERIS. — Iconographie de l'ectropion. *Gynécologie*, 1920.
- DUCASSE. — *Thèse de Paris*, 1889.
- DUDLEY. — Restauration immédiate des déchirures du col utérin après la délivrance. *Gynécologie*, 1896.
- DUNCAN (W.). — *Gynécologie*, février 1904.
- EMMET (A.). — *Medical Society of the County of New-York. The am. journ. of Obstetrics*, 1869.
- EMMET (A.). — La pratique des maladies des femmes, 1887.
- EMMET (A.). — Déchirures du col de l'utérus comme cause fréquente et non reconnue de maladies. *The am. journ. of Obstetrics*, 1874.
- EMMET (A.). — Meilleur traitement des déchirures du col. *American Practitioner*, 1877.
- EMMET (D.). — But et limite de l'opération d'Emmet. *N.-York Obstet. Soc. m. am. journ. of Obstet.*, avril 1895.
- EUSTACHE. — La trachelorrhaphie ou opération d'Emmet. *Archives de Tocologie*, 1884.
- FAURE ET SIRDEY. — *Traité de Gynécologie*.
- FREDET. — *Archives mensuelles d'Obstétrique et de Gynécologie*, 1912.

- GENTES (L.). — Notes sur les nerfs et les terminaisons nerveuses de l'utérus. *Société de Biologie*. Paris, 5-54, n° 12.
- GELT (A.-H.). — Modification de la trachélorraphie. *Méd. Record*, juillet 1896.
- GUSHÉE (E.-S.). — Lacerations of the cervix during labor based on a study of 1.000 cases in primiparæ. *Bull. Hosp. New-York*, 1909, VI.
- HARRIS (W.-J.). — Immediate repair of the cervix uteri. *Journ. Surg. Gynec. et Obst.* N.-York, 1909, XXXI.
- HEIL (K.). — Déchirures congénitales du col utérin. *Gynécologie*, août 1898.
- JARMAN (G.-W.). — Laceration of the cervix uteri. *Am. Gynec. et Obst.* N.-York, 1897.
- KEIFFER. — Fonction glandulaire de l'utérus. *Archives de Physiologie*, 1897.
- KEIFFER. — Système nerveux ganglionnaire de l'utérus. *Société d'Obstétrique*. Paris, février 1908.
- MONTGOMERY (E.-E.). — Laceration of cervix and prolapsus. *Am. Journ. Surg. et Gynec.* Saint-Louis, 1904-5.
- NENGEBAUR (F.). — Quelques mots sur les fistules vésico-vaginales. *Gynécologie*, 1903.
- PAGE. — Étude de l'opération d'Emmet. *Thèse de Paris*, 1881.
- PASCAULT (L.). — Déchirure du col utérin. *Thèse de Paris*, 1888-89.
- POZZI. — Déchirures du col. *Traité de Gynécologie*, 1897.
- POZZI. — Influence de la résection du col sur les accouchements. *Revue de Gynécologie*, 1899.
- REIN. — Plexus fondamental de l'utérus. *Société de Biologie*, 1882.
- REYNIER. — Les lymphatiques de l'utérus, Paris, 1899.
- RUDAUX (P.). — Des déchirures du col pendant l'accouchement. *Clinique de Paris*, 1908, III.
- SAIS. — De la métrite chronique du col consécutive à sa déchirure. *Thèse de Paris*, 1898.
- SASSI (A.). — Sulle lacerazioni del collo dell'utero. *Ann. di Obst.* Milano, 1912, I.
- SERRES. — Contribution à l'étude de l'oblitération complète du col utérin, cause de dystocie. *Thèse de Montpellier*, 1894-95.

- SCHROEDER. — Maladie des organes génitaux de la femme. 1886.
SINETY (DE). — Traité de Gynécologie.
SMITH (T.-C.). — Transverse laceration of the cervix uteri during.
Am. J. Obst. New-York, 1908.
SPANTON (W.). — *Gynécologie*, 1908.
SAINT-JEAN. — *Thèse de Paris*, 1908.
- TAURIN (V.). — Du rétrécissement cicatriciel du col de l'utérus
au point de vue accouchement. *Thèse de Paris*, 1895.
TAYLOR (J.). — Sur les déchirures du col et leur fréquence. *The
Britch Gynæc. Journal*, novembre 1903.
TEDENAT. — Allongement hypertrophique du col de l'utérus. *Bull.
Soc. d'Obstétrique et de Gynécologie*. Paris, 1922.
TEDENAT. — De la déchirure du col de la matrice. Montpellier, 1883.
TESTUT. — Traité d'Anatomie.
THOMAS (G.). — *Annales de Gynécologie*, 1881.
- VARNIER. — Col et segment inférieur. *Annales de Gynécologie et
d'Obstétrique*, 1887.
VILLENEUVE. — Traitement chirurgical de la stérilité.
VINBERG. — *Gynécologie*, 1896.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	11
CHAPITRE PREMIER	
Historique	15
CHAPITRE II	
Anatomie du Col.....	21
CHAPITRE III	
Les Rapports topographiques du Col.....	27
CHAPITRE IV	
Etiologie et pathogénie des déchirures du Col.....	35
CHAPITRE V	
Symptomatologie et Diagnostic.....	47
CHAPITRE VI	
Pronostic	53
CHAPITRE VII	
Traitement. Ses Indications et Contre-Indications.....	57
CHAPITRE VIII	
Observations	67
CONCLUSIONS	85
BIBLIOGRAPHIE	87



